

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ÉRYSIPÈLE

DES VIEILLARDS

PAR

PIERRE LAMY

de la Faculté de Paris

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ex-interne de la Maison Départementale de la Seine

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Diplômé de l'Institut de médecine coloniale

Membre adjoint de la Société anatomique

Président : M. WIDAL, *professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. D. LANDOUZY MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		X.
Histologie.		Pierre MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
Clinique médicale.		ROGER
Maladies des enfants.		HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY
Clinique chirurgicale.		HUTINEL
Clinique ophtalmologique.		Gilbert BALLEST
Clinique des maladies des voies urinaires		GAUCHER
Clinique d'accouchement.		RAYMOND
Clinique gynécologique		Pierre DELBET
Clinique chirurgicale infantile		QUENU
Clinique thérapeutique.		RECLUS
		SEGOND
		DE LAPPERSONNE
		N.
		BAR
		PINARD
		RIBEMONT DES
		SAIGNES
		POZZI
		KIRMISSON
		A. ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MES PARENTS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

*à qui j'adresse mes respectueux remerciements
pour la bienveillante sympathie qu'il m'a témoignée
comme maître au cours de mes études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. OPPENHEIM

à l'inspiration de qui a été effectué ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1905-1906 : M. le Professeur agrégé LEGRY.

1907 : M. le Professeur DELBET.

Externat

1907-1908 : M. le Professeur DELBET.

1908-1909 : M. le Professeur WIDAL

1909-1910 : M. le Docteur BOULLOCHE.

M. le Docteur PAPILLON.

1910-1911 : M. le Professeur-agrégé CARNOT.

M. le Docteur DE MASSARY.

M. le Professeur-agrégé POTOCKI.

1911 : M. le Docteur MICHON.

Internat (Maison Départementale de la Seine).

1911-1912 : M. le Docteur OPPENHEIM.

MM. les Docteurs CHANTEMESSE, LAUGIER, LEMIERRE,
E. REYMOND, WURTZ.

DU MÊME AUTEUR

D^r OPPENHEIM et Pierre LAMY. Essai de traitement du rhumatisme chronique déformant par la tuberculine. *Progrès médical*, 27 juillet 1912.

Anévrysme double thoracique et abdominal de l'aorte. *Société anatomique*, 22 mars 1912.

Ulcération laryngo-trachéo-bronchique chez un tuberculeux cavitaire mort à la suite d'une laryngo-trachéite d'évolution aiguë. *Société anatomique*, 22 mars 1912.

Examen histologique d'une aorte athéromateuse portant de volumineux anévrysmes. *Société anatomique*, 19 avril 1912.

Un cas d'épithélioma rénal et surrénal. *Société anatomique*, 5 juillet 1912.

INTRODUCTION

Au milieu de très nombreux travaux récents concernant la dermite streptococcique, assez peu se proposent pour but l'étude de l'érysipèle des vieillards. Il nous a été donné d'entreprendre cette étude dans le service de M. le Dr R. Oppenheim, à la Maison Départementale de Nanterre, et d'observer que l'érysipèle des vieillards offrait quelques particularités non décrites. Nous avons recueilli, dans le service de notre maître, trente observations, dont vingt-et-une personnelles, d'érysipèle chez des sujets âgés d'au moins soixante ans.

De toutes les maladies infectieuses aiguës, les affections pneumoniques mises à part, l'érysipèle est celle dont la fréquence diminue le moins à mesure que l'on considère un âge plus avancé. Ce fait porte à étudier la fréquence des lésions tégumentaires, portes d'entrée de la dermite, chez les sujets âgés. Nous avons constaté qu'elles étaient très souvent macroscopiquement perceptibles dans les cas de dermite streptococcique, sous forme d'une plaie infectée, plaie fréquemment d'origine parasitaire.

Aux âges extrêmes de la vie, selon les classiques, l'érysipèle revêt une gravité exceptionnelle. Nos malades étaient de véritables séniles, non seulement en raison de leur âge, mais en raison de leur état général. Pourtant, observés non dans des salles d'hôpital mais dans un hospice où aucun cas bénin n'était susceptible d'échapper à l'observation, ils n'ont nullement corroboré, bien au contraire, cette opi-

nion des auteurs. Les symptômes et le pronostic général ont été, chez eux, bénins, et cependant ils n'étaient pas sans présenter, dans un nombre sérieux de cas, des lésions hépatiques, cardiaques ou rénales, autre facteur important du pronostic.

HISTORIQUE

La bibliographie de l'érysipèle sénile est assez réduite. L'érysipèle des vieillards a fourni certaines parties du travail de G. H. ROGER : « *Contribution à l'Étude clinique de l'érysipèle d'après 597 observations personnelles* » (Revue de médecine, 1895 et 1896). Ce travail étudie plusieurs points intéressant particulièrement la pathologie sénile, tels que la fréquence de l'érysipèle chez le vieillard, les infections pneumococciques dans l'érysipèle, l'influence favorable de l'érysipèle chez les sujets porteurs d'ulcères variqueux. Ce travail devait être complété par les *Maladies infectieuses* du même auteur, parues six ans plus tard.

L'article « Érysipèle » d'E. BOIX (*Traité de Charcot-Bouchart et Brissaud*, t. II, 1899) mentionne que, chez les vieillards affaiblis, débilités, l'érysipèle est presque toujours fatal. En ce qui concerne les scléroses cardiaques, hépatiques, rénales, l'apparition d'un érysipèle, toujours grave alors au point de vue de l'érysipèle lui-même, n'assombrirait pas le pronostic de ces lésions viscérales. Depuis, selon l'opinion de Roger, on tend à attacher une gravité spéciale à l'érysipèle survenant chez les hépatiques et à atténuer les anciennes théories de Juhel-Rénou et Bolognesi qui attachaient une importance considérable à l'état du rein; pour eux, l'intégrité rénale était la condition déterminante et *sine qua non* de la forme favorable de l'érysipèle atténué primitif.

Parmi les travaux intéressant notre sujet, citons encore la thèse de DECORSE (*Paris*, 1898. « *De la mort dans l'érysipèle* ») faite dans le service d'isolement dirigé par M. Chan-

temesse. En 1906 parut l'article « Streptococcie » du traité de Gilbert et Thoinot, par F. WIDAL. En juillet 1907, MM. Lucien et Parisot publièrent (*Revue Médicale de l'Est*) une étude de l'érysipèle chez le vieillard, d'après les cas observés à l'hospice Saint-Julien de Nancy. Cette étude présente quelques remarques identiques aux nôtres.

Pour ces auteurs, l'érysipèle au cours de la vieillesse, affection loin d'être rare, a pour cause les petites solutions de continuité que l'on rencontre particulièrement souvent, selon eux, sur la peau du vieillard. « Si l'on a cru rare l'apparition de l'érysipèle chez le vieillard, écrivent-ils, la raison en est que, chez lui, cette affection se présente souvent avec des symptômes peu accentués et que, dans ces cas, son évolution est excessivement rapide. Elle peut donc être méconnue à la fois du malade lui-même et du médecin. Les formes d'érysipèle atténué, telles que les ont décrites Juhel-Rénoy et Bolognesi, paraissent assez fréquentes au cours de la vieillesse. »

Lucien et Parisot signalent, parmi les caractères des symptômes, l'absence fréquente de période de début (symptômes généraux et adénopathie), l'apparition fréquente aux membres inférieurs et au tronc. Ils notent aussi, dans l'érysipèle sénile, l'absence de grandes réactions locales et générales, la rapidité d'évolution de la maladie, l'hypothermie consécutive, les reliquats de sclérose dermique.

Le pronostic de l'érysipèle sénile, pour ces auteurs, est des plus variables : bénin, soit dans ses formes atténuées, soit chez les sujets résistants, au total dans la plupart des cas, sombre chez les porteurs de tares organiques. En particulier, l'érysipèle survenant au cours d'une cardiopathie, même jusque-là compensée, comporterait un pronostic presque à coup sûr fatal.

ÉTIOLOGIE

Les causes prédisposantes à l'érysipèle sont bien connues.

Le sexe féminin est plus atteint, même chez les vieillards, et nous avons recueilli personnellement six cas d'érysipèle chez les hommes, contre vingt-quatre chez les femmes, malgré le plus grand nombre d'hommes soumis à notre observation. Nous n'avons pas relevé de cas d'érysipèle familial ni d'influence particulière des saisons, deux ordres de faits qui ont été mis en lumière par les statistiques de Roger (*Maladies infectieuses*).

La fréquence de l'érysipèle chez le vieillard est nettement établie. Rauzier réunit 2.411 cas dont 205 à partir de 60 ans; ces deux chiffres sont dans le rapport de 11,76 à 1. Lucien et Parisot, sur un relevé de 486 cas, en trouvent 60 ayant trait à des sujets de 60 ans, soit 1/9,72 des cas. D'après eux, après une période de fréquence croissante de 1 à 30 ans, et de fréquence stationnaire de 30 à 60 ans, l'érysipèle « semble diminuer ensuite de fréquence ». Ces chiffres ne nous paraissent pas autoriser à admettre une diminution de fréquence de la maladie chez les sujets âgés.

La dermite streptococcique se développe à l'occasion d'une solution de continuité des téguments et des muqueuses. Pour Dopter (*Maladies infectieuses*), l'érysipèle médical, lui aussi, « reconnaît pour origine une plaie cachée ou non ». C'est à cette opinion catégorique que l'on a actuellement tendance à se ranger.

Chez le vieillard, cette opinion paraît particulièrement

facile à défendre. C'est en effet une erreur de dire, avec Gosselin, que la peau des vieillards est moins sujette aux érosions et plaies diverses; à cette affirmation cet auteur en ajoutait une autre également peu défendable actuellement : l'érysipèle sénile, pour lui, était rare, en raison de l'intégrité cutanée.

Au contraire, la peau des vieillards subit un processus d'atrophie et de sclérose qui en facilite mainte lésion. L'épiderme, chez eux, est fragile, susceptible de présenter des fissures qui, si elles ne sont pas bien visibles, n'en constituent pas moins des points de pénétration pour le microbe. Tandis que chez l'adulte l'épiderme forme partout une couche continue et lubrifiée par le produit des glandes sudoripares et sébacées, chez le vieillard il devient sec, dur, cassant et s'écaille avec la plus grande facilité. La peau prend un aspect jaunâtre, terreux; elle est le siège d'une exfoliation avec irritation des papilles qui détermine un prurit insupportable, des lésions de grattage et des inoculations microbiennes.

Il se fait même souvent une obstruction des canalicules excréteurs des glandes déterminant la production, au niveau des points de rétention, d'éruptions acnéiformes.

A ces troubles cutanés séniles, il faut ajouter le manque habituel de propreté du vieillard pour expliquer la fréquence des lésions cutanées infectées par les microbes banaux de la peau.

Chez le vieillard, en outre, se retrouvent plus particulièrement les blépharites, dacryocystites, les ulcères trophoneurotiques et variqueux, les épithéliomas cutanés, l'eczéma, les escharres.

Nous avons recherché les portes d'entrée de la dermite chez nos vieillards. Sur 30 cas, nous avons relevé, douze fois,

en particulier chez de nouveaux venus dans le service où ils allaient être à l'abri des parasites, l'existence de phtiriasse du cuir chevelu ou d'eczéma phtiriasique de la même région. Une de ces fois, la phtiriasse coexistait avec des adénites cervicales suppurées; une autre fois avec un abcès de la glabella, une troisième avec de l'eczéma psoriasiforme du tronc. Ces douze érysipèles étaient des érysipèles de la face nés au voisinage mais non au contact des lésions cutanées.

Outre ces douze érysipèles d'origine phtiriasique, nous avons constaté, dans un cas, la gale avec apparition d'érysipèle facial;

Un cas de plaies cutanées naso-frontales avec apparition d'érysipèle facial;

Trois cas d'abcès froid (points de départ : ganglions du cou — clavicule — articulation sterno-claviculaire) avec apparition d'érysipèle de la face en un point distinct des lésions;

Un cas d'acné faciale avec développement de l'érysipèle au niveau des lésions;

Enfin un cas d'érysipèle du membre inférieur gauche développé au bord d'une ulcération variqueuse.

Ainsi, dans 19 cas sur 30, les lésions cutanées étaient des plus apparentes; dans 18 cas sur 29 d'érysipèle facial et dans un cas sur un d'érysipèle d'un membre inférieur.

Le développement un peu en dehors du point d'inoculation apparent a été la règle (dans 17 cas sur 19), ce qui n'indique pas que la lésion apparente ne puisse suffire à elle seule à la production de la dermite. On sait, en effet, que l'érysipèle peut naître loin de son point d'inoculation, comme le montrent les cas d'érysipèle erratique.

Nous avons recherché ces mêmes causes occasionnelles au début des récidives de nos érysipèles.

Dans quatre de nos trente observations, l'érysipèle de la

face observé par nous fut suivi d'une récidive à quelques jours ou semaines de distance. Là encore, deux fois ces récidives furent d'origine phtiriasique, une fois au niveau d'une dacryocystite, une fois sans voie d'entrée appréciable.

En réunissant ces 4 récidives aux 30 érysipèles dont nous avons déjà étudié l'origine, nous trouvons *sur 34 dermites streptococciques, 22 cas avec voie d'entrée des plus apparentes, parasitaire ou autre.*

Enfin, dans 3 de nos 30 observations, les malades avaient été atteints d'un ou deux érysipèles avant leur entrée à la Maison de Nanterre et ne présentaient donc que des récidives. Une de ces 3 récidives se fit sur un sujet phtiriasique et atteint d'adénites cervicales suppurées.

Nous signalerons une dernière cause favorisante de l'érysipèle, la contagion. Nous avons, dans un cas d'érysipèle bénin de la face survenu chez une malade porteuse d'adénite cervicale suppurée, observé, à deux lits de distance, un autre cas d'érysipèle bénin ambulant chez une adulte. La plaque érysipélateuse est apparue le même jour chez les deux malades.

PATHOGÉNIE

Le vieillard présente une résistance spéciale aux infections aiguës, même lorsqu'il n'a, en aucune façon, pu subir le contact antérieur du microbe pathogène. Il est classique d'en donner pour preuve l'immunité des vieillards lorsqu'une épidémie de rougeole éclata, pour la première fois, aux îles Fär-Oer. L'assez grande fréquence de l'érysipèle sénile semble donner un démenti à cette règle.

Mais l'érysipèle étant, soit par prédisposition humorale, soit par infection latente de certains sujets, une affection à récurrences, si chaque récurrence constitue une raison de plus pour une récurrence future, on comprend que les sujets les plus âgés puissent perdre de leur immunité habituelle.

De plus, les lésions cutanées spéciales aux vieillards favorisent beaucoup le développement de la dermite.

Chez eux, les associations du streptocoque avec les microbes de la peau, souvent négligée, doivent se produire avec une plus grande facilité. Le streptocoque peut être sur la peau saine, dans le vagin, dans le nez; il a été trouvé 20 fois dans la bouche de 20 sujets sains par Widal et Bezançon. Ces auteurs ont montré (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1894. — « *Recherches expérimentales sur l'érysipèle* ») que les streptocoques de la bouche normale ne peuvent donner ni érysipèle ni septicémie. Mais en l'associant au colibacille, le streptocoque saprophyte devenait virulent et donnait des érysipèles, des suppurations, des septicémies, des endocardites végétantes.

Soit qu'il faille le considérer comme une simple récidive, soit qu'il soit pour ainsi dire forcé de se produire par l'état de la peau du vieillard, soit enfin en raison des réactions torpides de la vieillesse, ou pour cette triple raison, l'érysipèle se développe mal, dure peu, et tous ses symptômes ont, chez le vieillard, tendance à s'atténuer.

On a, depuis longtemps, soulevé la question des rapports de l'érysipèle et des pneumonies et affections pneumoniques du poumon. Lucien et Parizot mentionnent une épidémie concomitante d'érysipèles et de pneumonies chez les vieillards de l'hospice de Nancy en 1904. Nous n'avons pu observer aucun cas de ce genre.

Ces faits ont leur explication. Netter (*Société Médicale des Hôpitaux*, juillet 1894) a trouvé le pneumocoque dans la salive des convalescents d'érysipèle, plus souvent que le streptocoque virulent. Dans la bouche de tous les autres sujets n'ayant pas eu de pneumonie, on trouve le pneumocoque moins souvent que chez ces convalescents de dermite streptococcique.

Les deux agents s'associent quelquefois chez le même malade. On observe, en effet, chez les érysipélateux, outre des pneumonies à streptocoques, des pneumonies secondaires à pneumocoques, et, enfin, ainsi que l'a vu Widal, une association du pneumocoque et du streptocoque, donnant une pneumonie insidieuse à foyers multiples.

A ces considérations générales sur l'infection érysipélateuse, nous ajouterons que chaque manifestation, et, en particulier, la plaque de dermite, a des caractères nettement conditionnés par l'organe en voie d'altération sénile qu'elle atteint. La plaque de dermite est moins rouge et moins chaude parce que la sclérose du derme empêche la vaso-dilatation, moins saillante dans son ensem-

ble et au niveau du bourrelet parce que cette sclérose diminue l'œdème. Ces lésions expliquent enfin l'évolution sur place, l'absence de tendance serpiginieuse de la plaque. La douleur modérée est en rapport avec l'atrophie des papilles nerveuses et la diminution de sensibilité propre du derme qui l'accompagne.

Nous décrirons ces lésions spéciales au vieillard au chapitre de l'Anatomie pathologique. Nous verrons qu'elles suffisent à modérer les phénomènes de phagocytose et d'infiltration intradermiques provoqués par la pénétration du streptocoque de l'érysipèle.

La remarquable absence de septicémie et de symptômes généraux infectieux chez le vieillard atteint de dermite streptococcique est à rapprocher de la modération des signes de septicémie dans la fièvre typhoïde et la plupart des maladies infectieuses chez le vieillard. Cette résistance de l'état général est d'ailleurs nécessitée par la résistance locale, par la bénignité des signes locaux de dermite. Il serait nécessaire que la dermite des vieillards soit intense pour que les signes d'infection générale le soient. On sait, en effet, que le streptocoque de l'érysipèle, le streptocoque de Fehleisen, produit les symptômes généraux de la maladie sans envahir la circulation bien que variété d'un microbe agent de nombreuses septicémies (fièvre puerpérale, scarlatine compliquée, septicémies par blessures, etc.).

L'ensemencement du sang des érysipélateux montre rarement le streptocoque; il ne le montre jamais en dehors des cas d'érysipèles graves (*Ensemencement du sang pendant la vie* — Th. de Lemierre — 1904).

La condition de l'atténuation des symptômes généraux, observée dans la dermite des vieillards, doit, *a priori*, être une faible réaction phagocytaire de l'organisme. Cette atté-

nuation de la réaction phagocytaire a été constatée par nous par l'examen du sang des vieillards érysipélateux, qui montre une hyperleucocytose moins intense que chez l'adulte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'érysipèle survenant chez un sujet atteint de sclérose générale de l'organisme, comme l'est en général le vieillard, est modifié dans toutes ses lésions locales et générales par ce processus sclérosant.

Au niveau des téguments, il rencontre une structure spéciale qui intervient dans la symptomatologie de la dermite, et, sans doute même, influence le pronostic.

Il convient donc de rappeler brièvement les modifications de structure que subissent les principaux éléments entrant dans la constitution de la peau et les altérations de ceux qui sont spécialement atteints par l'inflammation érysipélateuse : derme, puis capillaires sanguins et lymphatiques. De même que nous avons vu l'épiderme du vieillard jouer un rôle important dans la pénétration du streptocoque par les lésions spéciales que nous y avons décrites, de même nous constatons l'influence de la structure sénile du derme dans la marche de l'inflammation.

Le derme subit une atrophie assez accentuée, portant sur tous ses éléments; ses fibres conjonctives se fendillent et se tassent; les faisceaux musculaires lisses s'atrophient ou subissent la dégénérescence amyloïde, ce que Neumann appelle le « gonflement vitreux ». Enfin apparaît le tissu scléreux qui vient, pour ainsi dire, infiltrer et durcir ces éléments, jusqu'alors élastiques et extensibles. Mais, et surtout, il y a un amincissement particulier de la nappe dermique au niveau des papilles du derme, non seulement raccourcies et

rétrécies, mais beaucoup moins nombreuses. Par ce fait même disparaissent bien des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui, normalement, les pénètrent; ceux qui persistent sont, pour la plupart, oblitérés ou de calibre rétréci, car l'athérome cutané existe, comme l'a montré Patenotre.

Enfin, les papilles nerveuses deviennent rares; celles qui subsistent sont petites, acuminées, et subissent une métamorphose régressive, une dénutrition qui ne tarde pas à les conduire à une atrophie complète : faits qui expliquent d'eux-mêmes la diminution de la sensibilité cutanée, bien souvent constatée chez les vieillards.

La dermite streptococcique, qui est, au point de vue anatomo-pathologique, principalement une dermite œdémateuse, prendra, nécessairement, un caractère un peu différent, déterminé par ces modifications tégumentaires. Nous savons que les streptocoques, en pénétrant dans le derme normal, produisent, par eux-mêmes ou par leurs toxines, les phénomènes suivants : dilatation des petits vaisseaux, diapédèse des globules blancs, prolifération des cellules fixes avec accumulation, infiltration de ces éléments dans les espaces conjonctifs et les fentes lymphatiques, dissociation des faisceaux conjonctifs par l'œdème, les leucocytes, en un mot, formation d'un volumineux bourrelet érysipélateux.

Mais lorsque les streptocoques, au lieu d'évoluer sur un terrain normal, pénètrent un derme ayant subi les lésions scléreuses que nous avons énumérées, le processus est un peu différent. En effet, pour qu'il y ait bourrelet volumineux, il faut non seulement un œdème abondant, une forte infiltration, mais aussi un tissu facilement extensible, des lacunes, des espaces pour ainsi dire préexistants. Il faut, de plus, que les capillaires amènent une plus grande quantité de sang que normalement, qu'il y ait une congestion intense possi-

ble. Or, dans ce derme de vieillard, où les papilles qui forment l'élément important ont disparu ou sont atrophiées, le tissu scléreux a resserré, a comblé les vides, supprimé ou diminué l'élasticité, l'extensibilité.

Les vaisseaux que nous avons vus profondément altérés sont athéromateux, par cela même déjà rétrécis; il y a, de plus, une condensation, un resserrement des fibres fondamentales du derme qui, devenu scléreux, étrangle les capillaires et produit ainsi un nouveau rétrécissement de leur calibre.

La congestion est donc moins intense; par cela même, la transsudation moins abondante; celle-ci, de plus, infiltre en moindre quantité un tissu qu'elle pénètre et désagrége plus difficilement : toutes ces causes réunies nous expliquent donc fort bien l'atténuation de deux symptômes importants : l'inflammation, la congestion, la rougeur moins vives, d'une part; la tuméfaction moins volumineuse, n'amenant qu'une très légère déformation faciale quand elle existe, d'autre part.

La sclérose dermique, enfin, nous explique pourquoi la plaque érysipélateuse du vieillard est si souvent bien limitée, pourquoi elle ne s'empare pas totalement de la face, puisque l'œdème infiltrant, enserré, pour ainsi dire, dans une barrière de sclérose, n'arrive que difficilement à pénétrer ce tissu trop résistant.

L'atrophie des papilles nerveuses et la diminution de sensibilité du tissu qui tient d'elles sa sensibilité spéciale font comprendre facilement comment la douleur se manifeste moins vive. Cette sensibilité sera d'autant moins vive que les ramuscules nerveux seront plus atrophiés, plus rares.

Au point de vue des lésions viscérales que peut causer le streptocoque de Fehleisen, elles confirment ce fait bien évident dans la thèse de Decorse : la mort des érysipélateux

arrive au milieu de symptômes en rapport avec les lésions des organes touchés par le streptocoque, et non au milieu du tableau d'une infection généralisée.

Sur les 30 cas d'érysipèle sénile que nous avons recueillis, la maladie se termina une seule fois par la mort. Elle eut lieu après trente-six heures d'hypothermie par collapsus cardiaque progressif. C'est au cœur que l'autopsie montra des lésions viscérales d'infection aiguë. Hypertrophié et pesant 750 grammes, ainsi que les symptômes antérieurs de néphrite pouvaient le faire prévoir, il était de couleur feuille-morte, flasque, le ventricule droit dilaté; le péricarde renfermait un épanchement peu abondant. L'état des reins, qui, ainsi que la sénilité, pouvait expliquer l'hypothermie terminale, était celui de reins anciennement sclérosés, plutôt qu'atteints, eux aussi, par l'infection (Obs. I).

SYMPTOMATOLOGIE

1^o MODES DE DÉBUT CHEZ LE VIEILLARD

La période d'invasion de l'érysipèle se manifeste successivement chez l'adulte par l'apparition de symptômes généraux digestifs et nerveux, puis par le frisson et la fièvre, enfin par l'adénopathie précoce.

Tout autre est le tableau clinique chez le vieillard. En ce qui concerne les troubles digestifs et nerveux, on peut bien observer de la céphalalgie, de la courbature, de l'anorexie avec pesanteur gastrique. Mais ce n'est déjà que l'exception. A plus forte raison n'observera-t-on guère les vomissements, la langue saburrale. Quelquefois, au lieu de ces signes, l'infection s'annonce chez le vieillard par de la bronchite des grosses ou petites bronches, de la congestion pulmonaire ou un foyer broncho-pneumonique.

En ce qui concerne les frissons ou les frissonnements répétés qui peuvent le remplacer, ils manquent habituellement et, tout au plus, peut-on observer des frissons peu intenses et répétés.

La température, s'élevant brusquement, chez un vieillard, à 39° ou 40°, peut être le premier symptôme, et, comme les autres phénomènes généraux, comme les frissons, cette ascension peut précéder de deux ou trois jours l'apparition de la plaque. Notre avis personnel est, d'après nos observations qui ne le constatent que deux fois, que cette constatation de la fièvre avant l'exanthème est, chez le vieillard, peu fréquente

Quant au troisième signe de cette période, l'adénopathie douloureuse à la pression, elle fait souvent défaut chez le vieillard, et, en ce qui nous concerne, nous ne pouvons donner aucune observation de cette adénopathie prémonitoire et la considérons comme très peu fréquente.

Ainsi donc, symptômes généraux divers, frissons et fièvre, adénopathie, sont tous des signes d'exception à la période d'invasion de la maladie. Nous pouvons donc dire que la plaque érythémateuse est, chez le vieillard, plus que chez l'adulte, la véritable caractéristique de la maladie.

Nos observations, portant sur 30 malades, ne relèvent l'existence de signes cliniques, avant la plaque, que dans six cas. Un cinquième donc des vieillards, seulement, présente cette période d'invasion. Chez l'un, la période d'invasion consista en céphalées avec persistance d'une albuminurie anciennement constatée; chez une autre malade, il y eut, plusieurs heures avant l'apparition de la dermite, une apparition de maux de tête, avec une température de 39°5; une troisième souffrit également quelques heures de maux de tête, avant l'exanthème.

Deux autres malades eurent en outre des frissons : l'une, un frisson léger trois jours avant la dermite, l'autre des frissons répétés la nuit précédant l'exanthème, frissons qui persistèrent d'ailleurs encore pendant deux journées. Enfin, un début par des phénomènes pulmonaires se caractérisa par une congestion pulmonaire bilatérale, dominant à gauche avec 38° le premier jour, 38°4 le second jour, et abaissement de la température le troisième jour, avec l'apparition de la dermite. Nous avons déjà fait mention de la possibilité du début par phénomènes pulmonaires de l'érysipèle dans la vieillesse.

Les signes d'invasion de la maladie sont donc non seule-

ment rares, mais encore, quand ils existent, légers. Un des six malades qui les présentèrent mourut à l'issue de la maladie et fut le seul cas mortel des trente que nous rapportons.

Dans nos 30 observations, le premier, le seul élément sérieux de diagnostic fut l'apparition de la dermite. Dans toutes ces observations, la nature streptococcique de la dermite apparut nettement de prime abord, avec des caractères cliniques suffisants.

Nous n'irons pas jusqu'à dire pourtant que c'est cette seule symptomatologie locale qui dénonce l'affection. La dermite streptococcique s'est accompagnée, chez nos sujets, d'une élévation thermique immédiate. Cette élévation thermique frappe l'observation pour plusieurs raisons. Elle apparaît, en effet, chez un sujet bien portant quelques heures auparavant. Elle manque rarement, car, ayant pris la température de malades au moment même de l'exanthème, nous avons trouvé les chiffres suivants :

Hyperthermie.....	25 cas
Apyrexie.....	1 cas
Température non prise au moment du début de l'exanthème	4 cas

Que sont devenus ces cas avec hyperthermie et avec apyrexie à la période d'état? Nous pouvons, dès maintenant, dire que l'apyrexique est resté toute la maladie en apyrexie, et que les fébriles sont restés, dans la suite de leur maladie, à une température inférieure à cette hyperthermie initiale — du moins, le plus grand nombre d'entre eux. Voici les chiffres que nous avons relevés :

Température maxima le 1 ^{er} jour de l'exanthème....	15 cas
— le 2 ^e jour	7
— le 3 ^e jour	1
— le 5 ^e jour	1
— le 7 ^e jour (dacryocystite).....	1
Température constamment normale	1
Température non prise au début de l'exanthème	4

Parmi les malades qui présentèrent leur température maxima le 1^{er} jour de l'exanthème, 11 sur 15 présentèrent cette température maxima lors de la première température prise de toute la maladie.

Ainsi donc, non seulement cette hyperthermie initiale est frappante et normale, mais elle est la température maxima dans plus de la moitié des cas.

On constaterait aussi, trois fois sur quatre, dans les quatre observations de récidence que nous pourrions ajouter à nos 30 cas précédents, que la température maxima a été la première température prise. Le quatrième cas est une récidence avec apyrexie continue.

La courbe thermique de l'érysipèle sénile, par son fastigium initial fréquent, et, comme nous le verrons à la période d'état, par sa chute en lysis fréquente, offre les deux caractères de la première des courbes de fièvre érysiplaeuse de Sorel.

Pourtant, la température maxima de cette première courbe serait, en général, vers 38°, alors que la température initiale de l'érysipèle sénile, très variable (de 37°6 à 40°6 dans nos observations) est aux environs de 39°.

2° PÉRIODE D'ÉTAT

La plaque de dermite streptococcique dont l'apparition, signe capital chez l'adulte, est encore plus caractéristique de l'érysipèle sénile, n'en subit pas moins une altération bien connue de ses caractères cliniques.

Nous ne l'avons jamais vue avec l'aspect typique de la plaque de l'adulte. Elle est, chez le vieillard, d'un rouge moins vif ou rose foncé. Elle est moins luisante, moins ten-

due et très peu saillante. Le bourrelet n'en est que peu marqué et interrompu.

Les phlyctènes sont rares et deviennent extrêmement rarement purulentes. Nous en avons vu dans un seul de nos cas. A la pression, la douleur est modérée ou nulle. L'extension de la plaque, comme la congestion, l'œdème et la douleur, est limitée par les lésions du derme du vieillard. Les érysipèles dont nous rapportons les observations s'étendaient, par étapes successives, à presque toute la face, les parties primitivement atteintes se décolorant pendant que les autres se prenaient. Les deux tiers, pourtant, respectaient une partie de la face, soit surtout les oreilles, soit la lèvre supérieure, soit le front. L'un est resté limité au pourtour de l'orbite gauche, accompagné, d'ailleurs, de faible réaction générale.

La température locale, au niveau de la dermite, augmentée d'emblée, est variable suivant l'intensité de la maladie. Son élévation est excessivement précoce et peut dépasser, dans les premiers jours, la température axillaire prise au même endroit. Mais elle ne tarde pas à décroître rapidement et sa chute devance celle de la température générale.

Dans les cas d'érysipèle du vieillard ayant tendance à l'extension, selon Parisot, cette élévation de température locale se manifeste aux différents points successivement envahis. L'étude systématique de la température dans les zones avoisinant la plaque peut même faire préjuger, en l'absence de tout autre symptôme, par l'élévation brusque, de l'extension prochaine du processus inflammatoire au point considéré. Cette étude de la température au voisinage de la plaque, faite par le palper seulement, ne nous a pas paru susceptible de donner cette indication d'extension prochaine. L'élévation de la température locale de la plaque érysipéla-

teuse serait suivie d'une période d'hypothermie localisée qui s'installerait généralement avant la chute complète de la température axillaire; on aurait vu, dans ces conditions, la température périphérique tomber à 29°5 (Parisot).

Les trois signes décrits par Milian sont, chez le vieillard, habituellement absents. Les signes du maximum centrifuge et de la douleur provoquée à la pression hors du centre de la lésion nécessitent l'existence d'un bel exanthème; le signe de l'oreille fait défaut, dans les cas où les oreilles ne restent pas indemnes.

La localisation de la dermite streptococcique est, chez le vieillard, assez fréquemment les membres inférieurs; pour certains, elle serait assez fréquente au tronc. Nous avons eu l'occasion d'observer un érysipèle du membre inférieur, développé, comme il arrive assez fréquemment chez le vieillard, au bord d'une ulcération d'origine variqueuse; la lésion et la température générale n'ont pris de caractères bien nets que quand la dermite, ayant dépassé la zone des troubles trophiques et de la distension cutanée, eût atteint la cuisse.

L'adénopathie de voisinage, symptôme très effacé, purement objectif, s'est rencontrée dans six de nos observations, cinq fois atteignant les régions sous-maxillaires, deux fois les ganglions rétro-cervicaux, une fois les préauriculaires (Observ. V-IX-XII-XV-XVII-XVIII).

Les symptômes généraux de la période d'état sont, comme toute la symptomatologie, très atténués dans la vieillesse. La langue est, en général, chargée et plus ou moins sèche; l'anorexie est fréquente. Les vomissements ne sont pas observés, et nous n'en avons pas vu survenir.

La céphalée, qui est presque constante chez l'adulte au cours de la dermite streptococcique de la face, n'a été trou-

vée par nous que 7 fois sur 30 cas, et une fois sur les 4 récidives qu'ils ont présentées.

Le délire qui est en rapport avec les hautes élévations thermiques, l'alcoolisme et, pour Roger, les lésions hépatiques, n'a été observé dans aucun de nos érysipèles. Et pour tant, chez 4 malades, le foie était hypertrophié, atrophié ou induré, avec ou sans hypertrophie splénique. Plusieurs, en outre, étaient suspects d'éthylisme et 5 atteints d'altérations psychiques séniles, entre autres celui qui présenta un cas mortel.

On sait, enfin, quelle est la fréquence de l'albuminurie chez l'adulte, causée par les toxines streptococciques, sans passage du microbe dans les urines en général. Chez nos malades, qui devaient pourtant porter tous des lésions histologiques rénales prédisposantes :

dans 8 cas, une albuminurie préexistante persista;
dans 4 cas, apparut une albuminurie momentanée;
dans 18 cas, il n'y eut pas d'albuminurie.

Un des symptômes généraux les plus fréquents chez le vieillard, rare, au contraire, chez l'adulte, est l'existence d'un foyer unique ou bilatéral de congestion pulmonaire. Il s'agit là plutôt d'un symptôme que d'une complication, car sur les 6 cas que nous en rapportons, la congestion pulmonaire fut une fois le mode de début de l'affection, et les 5 autres fois fut contemporaine des premiers jours de l'exanthème.

La congestion pulmonaire s'observa dans des cas plutôt légers; dans l'un, la température n'avait pas dépassé 37°6; dans un autre, il s'agissait d'une récidive avec température maxima de 38°. La congestion pulmonaire se caractérisa par des foyers uniques ou, dans deux cas, doubles, de râles sous-crépitants avec légère polypnée, sans dyspnée subjective.

La température générale dans l'érysipèle est en rapport avec l'intensité de l'infection générale et locale, elles-mêmes parallèles. Dans un érysipèle léger, surtout à la face, on ne trouve souvent pas de température générale. Il n'y a hyperthermie que dans 77 % des cas, d'après la statistique de Roger faite avec 2.147 cas pris à tout âge : proportion qui resterait identique dans les deux sexes. La proportion est différente pour Czyhlarz (de Berlin) qui trouve 91 % de cas avec hyperthermie sur 324 cas ; la proportion d'apyrétiqes, selon lui, serait plus grande chez les femmes. Nos observations personnelles sont trop peu nombreuses pour nous permettre un avis sur ce sujet : elles mentionnent toutes, sauf une, une élévation thermique.

Les types de la courbe thermique, qu'il s'agisse du vieillard ou de l'adulte, peuvent se ramener à trois, les trois types de Sorel. Dans le premier, la température, après sa rapide ascension, tombe, sans période d'état, par une chute en lysis. Ce premier type, décrit par Sorel comme habituel dans l'érysipèle à répétition, est considéré comme beaucoup moins caractéristique de la fièvre érysipélateuse que les deux types suivants (type de plateau et type d'oscillations). C'est pourtant ce premier type de Sorel que nous avons constaté chez le vieillard.

Nous avons déjà dit, à propos des modes de début de l'érysipèle, que la température maxima se trouvait, le plus souvent, atteinte dès le premier jour et non le troisième jour, comme il est le plus fréquent chez l'adulte (Widal). Ce sont ces érysipèles à maximum vers le 3^e jour qui sont susceptibles de présenter les deux derniers types de Sorel : fièvre érysipélateuse en plateau et fièvre érysipélateuse oscillante.

La fièvre, chez le vieillard, même lorsqu'elle revêt, cas habituel, le premier type de Sorel, est caractérisée pour-

tant par plusieurs points. La chute est rapide, plus brusque que dans une véritable courbe en lysis.

Cette chute, dans le cas mortel que nous rapportons, a été suivie d'hypothermie pendant les 36 dernières heures de la vie, le malade étant entre 35° et 36°. La mort, après disparition de la fièvre, des érysipélateux séniles ou hépatiques est connue, et ce malade était manifestement sénile, atteint, en outre, de néphrite chronique et paraplégie tabétique. Dans les cas non mortels, même après une température élevée, il ne s'est pas produit d'hypothermie consécutive à la pyrexie. On peut, sans trop s'avancer, considérer comme grave cette hypothermie au déclin d'un érysipèle. L'irrégularité de la courbe thermique, fréquente dans les cas graves, avait aussi été constatée chez notre malade décédé (Observ. I).

Telle est la courbe thermique de l'érysipèle sénile. La durée totale de cette courbe, au lieu d'être de 4 à 11 jours comme chez l'adulte, est à peu près moitié moindre, de 2 à 5 jours. Chez 2 de nos érysipélateux, la fièvre dura jusqu'à huit jours; chez l'un d'eux, la courbe assez irrégulière et élevée se termina par l'hypothermie et la mort; chez l'autre, après un plateau à 40°, elle tomba après une première défervescence (Observ. XXIV). Une troisième malade eut de la fièvre pendant dix jours, avec grandes oscillations répétées (Observ. IX); enfin, une quatrième malade, âgée de 75 ans, fut fébrile pendant douze jours et la chute vraie de la température fut précédée de deux grandes oscillations (Observ. XVIII).

Nous n'avons pas eu à observer d'érysipèle ambulante. Selon Lucien et Parisot, cet érysipèle, chez le vieillard, s'accompagnerait d'une série d'oscillations thermiques prolongées.

Dans les érysipèles à répétition, dont nous avons constaté quatre cas de la variété érysipèle redux, la poussée thermique, trois fois, a été plus courte et moins importante qu'à l'atteinte précédente; une fois elle a été équivalente.

Il faut se garder dans l'érysipèle, qu'il s'agisse d'adulte ou de vieillard, d'attribuer une durée et un type défini à la température observée avant la complète guérison. La température prend souvent une marche surprenante, plus fréquemment encore que la marche de l'exanthème. C'est ainsi que, chez une malade de 69 ans, ayant présenté un érysipèle de la joue droite avec 37°7, puis trois jours d'apyrexie complète, la température, le cinquième jour, monta brusquement à 40°6 avec l'apparition d'une plaque, à peine séparée de la première, au front et à la tempe. (Obs. XVI).

Ainsi la fièvre, par la forme de la courbe et par la durée, est un symptôme atténué dans l'érysipèle du vieillard; si l'on remarque, de plus, son faible maximum, souvent insignifiant aux environs de 38°, on constate que la température est identique à la température décrite dans l'érysipèle atténué primitif par Juhel-Rénoy et Bolognesi, ou encore à celle que l'on décrit de l'érysipèle à répétition. Elle est proche du premier type de fièvre érysipélateuse de Sorel, comme nous l'avons vu.

Nous avons décrit les symptômes de l'érysipèle des vieillards. Leur atténuation explique la rapide évolution de la maladie; chez ces sujets, la dermite reste apparente quatre ou cinq fois plus de temps qu'il n'y a de température. Pourtant, ses traces ne tardent pas à disparaître complètement, environ vingt jours après son apparition.

3^o HÉMATOLOGIE

Nous rappellerons brièvement quelles sont les caractéristiques des modifications sanguines dans l'érysipèle d'après les travaux antérieurs.

Malassez, Denucé ont constaté, dans le sang des érysipélateux, l'accroissement de la quantité de fibrine et la diminution du nombre des hématies. Les globules rouges diminuent dans l'érysipèle de 500.000 à un million par millimètre cube. D'après Hayem, une crise hémotoblastique apparaît au commencement de la convalescence pour compenser cette diminution.

Pour les leucocytes, on avait trouvé aussi une diminution de nombre; on a dit que cette diminution, dans le sang de la circulation générale, n'était pas aussi marquée que celle des globules rouges. En réalité, il y a, au contraire, hyperleucocytose continue pendant l'érysipèle. Chantemesse et Rey ont étudié l'hyperleucocytose et les modifications de nombre de chaque variété de leucocytes au cours de la période d'état et de la défervescence de l'érysipèle. L'hyperleucocytose, à la période d'état, est due à une polynucléose accusée; au contraire, les grands et les petits mononucléaires sont en diminution.

Au fur et à mesure que l'infection évolue vers la guérison, ces auteurs ont montré que la proportion se renverse; les polynucléaires baissent progressivement de nombre pour céder le pas aux mononucléaires; la veille de la défervescence, on assiste à une poussée accentuée de grands mononucléaires.

Que l'état s'aggrave, la polynucléose s'accroît; les grands mononucléaires, s'ils avaient commencé à accroître leur nombre, cessent de se multiplier. S'il s'agit de cas mortels,

l'hyperleucocytose dépasse toujours le chiffre de 12.000 et elle est constituée par une polynucléose qui atteint ou dépasse la proportion de 92 0/0.

La courbe des lymphocytes ne montre pas une augmentation concomitante à l'augmentation des grands mononucléaires; l'augmentation des lymphocytes a lieu un peu plus tard. L'élévation du taux des lymphocytes est le vrai signe d'une guérison solide.

Les éosinophiles, absents en général pendant la période fébrile, reparaissent au moment de la défervescence.

Outre ces modifications de la formule sanguine, Chantemesse et Rey ont aussi montré la valeur pronostique de l'examen du sang des érysipélateux; dans le sang circulant la persistance d'une polynucléose montre une persistance de l'infection. Au contraire, l'apparition de la mononucléose à grands mononucléaires fait prévoir une défervescence, défervescence définitive si cette mononucléose est considérable.

Chez 17 de nos érysipélateux des examens de sang ont été pratiqués. Le sang recueilli au lit du malade par deux mélangeurs Potain à dilatation différente, dilué dans le liquide de Hayem, additionné pour les leucocytes de bleu de méthylène, a été examiné au moyen de l'hématimètre de Malassez.

Nous avons trouvé une diminution du nombre des hématies partiellement explicable par l'état d'anémie habituel aux vieillards. Leur nombre a été, une fois, entre 2 et 3 millions par millimètre cube, trois fois entre 3 et 4 millions, cinq fois entre 4 et 5, quatre fois entre 5 et 6 millions et une fois atteignant 6 millions (Observ. IV-V-VI-VII-VIII-IX-X-XI-XII-XIII-XIV-XV-XVI-XVII-XXX). Cette diminution du nombre des hématies, sans modifications

qualitatives, est conforme à ce que l'on observe dans l'érysipèle selon Malassez.

Nous avons étudié la leucocytose chez nos malades, mais nous ne ferons pas ici état des numérations de leucocytes faites chez des malades ayant été traités par les injections intra-veineuses d'électrargol peu de temps auparavant. Nous ne rapportons que les numérations faites avant l'application de ce traitement, l'argent colloïdal produisant une polynucléose manifeste.

Nous avons trouvé, chez des sujets dont le sang a été examiné dans les trois premiers jours de la dermite et qui, tous, ont guéri :

- 1 fois de l'hypoleucocytose légère (Observ. IV).
- 7 fois une leucocytose normale, 6 à 8 000 (Observ. V, VII, XIV, XVI, XVII, XXV, XXX).
- 2 fois une tendance à l'hyperleucocytose, 8 à 9 000 (Observ. VI et XII).
- 2 fois entre 9 et 10 000 leucocytes (Observ. XI et XV).
- 6 fois de l'hyperleucocytose, 10 000 et même 13 000 et 14 200 (Observ. VIII, IX, XII, XIII, XX, XXIV).

Ainsi, les plus nombreux des examens ont montré de l'augmentation généralement modérée du nombre des leucocytes; leur proportion devient, par rapport aux hématies peu nombreuses, notablement supérieure à 1/700.

Parmi les cas où la leucocytose a été normale, un des malades n'avait jamais eu de fièvre, un second n'en avait plus au moment de l'examen de sang. Parmi les cas où la leucocytose ne fut que de 8 à 9.000, il y avait un érysipèle récidivant dont l'attaque précédente s'était accompagnée d'hyperleucocytose.

Ces faits montrent que l'on doit prévoir l'hyperleucocytose quand on pratique l'examen du sang d'un vieillard érysipélateux. Nous avons contrôlé que cette hyperleuco-

cytose était bien due à la maladie au moyen d'examens de sang faits aux environs de la fin de la maladie.

Toujours la leucocytose de nos malades avait diminué dans les cas où elle avait été trouvée précédemment au-dessus de 8 000 (Observ. VI-VIII-IX-XII-XIII-XV). Dans des cas où la leucocytose avait été normale pendant la maladie, elle se trouva modifiée en sens variable vers la fin de la maladie, deux fois diminuée (Observ. VII-XVII) et deux fois augmentée (Observ. XIV-XVI).

Le pourcentage des grands mononucléaires ne pouvait nous montrer l'augmentation prémonitoire de la défervescence mentionnée par les auteurs. La défervescence, en effet, était précédée chez nos malades par l'injection d'électrargol intra-veineuse qui, en élevant le taux des polynucléaires, nous a empêché de retrouver ce signe hématologique. L'étude de la courbe des grands mononucléaires nous a seulement montré qu'ils étaient peu abondants dans les périodes d'ascension thermique (Observ. VI-VII-IX), peu abondants aussi dans le courant des abaissements thermiques lents. Ils semblent moins rares à l'issue de la maladie (Observ. IV et XVII).

L'élévation du nombre des lymphocytes est tardive et constitue, dans l'érysipèle, la véritable marque d'une guérison stable (Chantemesse et Rey). Nous avons, chez six vieillards, constaté cette augmentation tardive; chez quatre autres, il y eut, au contraire, diminution; chez un onzième, il n'y eut pas de modification. Dans aucun de ces cas, le changement du chiffre des lymphocytes ne fut très grand. Il semble que, pour cette variété de leucocytes aussi, la réaction soit la même chez le vieillard que chez l'adulte et toujours avec diminution de netteté.

Enfin, chez trois malades, le chiffre des éosinophiles dé-

passa la normale. Un fait assez curieux est la coïncidence de cette éosinophilie avec une phtiriasse très marquée que présentèrent ces trois malades au moment de leur réception dans le service pour érysipèle. On a établi que tous les parasites du tissu sous-cutané donnaient de l'éosinophilie sanguine. Il n'est pas illogique de penser qu'une phtiriasse avec réaction plus ou moins intense du derme et du tissu conjonctif sous-jacent puisse donner, elle aussi, cette éosinophilie (Observ. XII-XIV-XVII). Il est juste d'ajouter que, dans deux cas, l'éosinophilie se produisit à la convalescence de la maladie, moment où l'on peut l'observer, selon les auteurs, mais où nous ne l'avons observée dans aucun autre cas.

Nous concluons de cette étude du sang, au cours de la dermite streptococcique du vieillard, que les réactions sanguines de règle se retrouvent encore chez lui, mais inconstantes, toujours incomplètes et peu intenses. Ces réactions sanguines cadrent bien avec la symptomatologie déformée de la maladie.

COMPLICATIONS ET RELIQUATS

Les complications de l'érysipèle sont locales et générales.

La suppuration, de toutes les complications locales, chez les vieillards, serait la plus fréquente. Elle se produit au niveau de phlyctènes, rares chez le vieillard, ou dans le tissu cellulaire sous-jacent à la dermite, de préférence aux points où ce tissu présente une grande laxité. Ces suppurations sont la caractéristique de certaines petites épidémies de cas graves (Widal et Chantemesse).

Ces suppurations au cours de l'érysipèle sont l'œuvre du streptocoque lui-même, se modifiant au cours de l'affection. A tort, l'on avait cru qu'elles indiquaient une association du streptocoque avec le staphylocoque, celui-ci étant le microbe le plus banal de la peau (48 colonies sur 50, Remlinger) et le plus habituel agent des suppurations cutanées et sous-cutanées. Parmi les complications locales que nous avons personnellement constatées, nous n'avons pas rencontré d'érysipèle suppuré. La gangrène au niveau des membres ou du scrotum chez le vieillard a été mentionnée. Explicable par le rôle nécrophore qu'est susceptible de prendre le streptocoque, elle est d'un pronostic sévère. Elle se rencontre chez les cachectiques et les débilités, les diabétiques, les brightiques.

On a signalé, chez le vieillard, l'angine aiguë à début concomitant de l'invasion de l'érysipèle, l'otite moyenne suppurée et les lésions des muqueuses oculaires ou nasales, plus fréquentes. Nous avons, chez nos 30 érysipélateux,

observé une fois une conjonctivite catarrhale bénigne apparaissant en même temps que la plaque se formait au grand angle de l'œil, et, une autre fois, une conjonctivite avec dacryocystite, lésions bilatérales prolongées. L'apparition de la rougeur des conjonctives eut lieu encore en même temps que celle de la plaque à l'angle interne de l'œil. L'œil droit, voisin de la plaque, était plus atteint. Un peu de pus recueilli dès le deuxième jour au niveau de l'œil droit contenait du streptocoque typique. L'affection s'aggrava au moment d'une récidive de l'érysipèle, dix jours après son début. Les deux dacryocystites se fistulisèrent un mois après leur début et, à la suite de cette fistulisation, l'inflammation avait presque disparu, six semaines après son apparition (Observ. XV), sans laisser de lésion du globe oculaire ni de la conjonctive.

La complication locale la plus fréquente dans nos observations est la sclérose du derme de la face, véritable reliquat de la dermite streptococcique (Observ. VI-XVI-XVII). Cet épaissement du derme s'accompagne de la persistance d'une rougeur au siège d'une partie de l'érysipèle disparu. Cette rougeur, qui attire l'attention, fait dire, à première vue, aux personnes non habituées à la pathologie sénile, que l'érysipèle a reparu. L'absence d'hyperthermie locale notable est le meilleur signe qu'il n'en est rien. Cet œdème dur, terminaison éventuelle tout particulièrement de l'érysipèle à répétition, a été dénommé improprement érysipèle chronique par Achalme. On le mentionne comme plus fréquent au membre inférieur, puis à la face. Au membre inférieur, il avait été confondu avec d'autres lésions sous le nom d'éléphantiasis nostras. A la face, il a été reconnu comme une transformation pachydermique sans processus infectieux par Bernhardt, Bendix, Dupouy. Au niveau de cette

dermite scléreuse, la lymphe ne contient pas de streptocoques.

Cette sclérodermie spéciale s'accompagnait, chez nos malades, de vasodilatation cutanée traduite par de la rougeur. On sait la fréquence des érythèmes infectieux au cours et à la suite des infections les plus diverses; cette fréquence est due à l'action très marquée des toxines microbiennes sur les centres vasomoteurs. Les toxines stimulent les vasodilatateurs et les mettent en état de réagir avec la plus grande facilité. Les rougeurs cutanées persistant à la suite de l'érysipèle sont une manifestation particulière de cette action. A cette action des inflammations et notamment des streptococciques, tient le pouvoir curateur de certaines d'entre elles. On aurait vu des lésions cutanées rebelles, d'après de nombreuses observations d'ulcères de jambe, de lupus, etc..., guérir à la suite d'un érysipèle intercurrent.

Réciproquement, les troubles vasomoteurs peuvent rappeler une lésion qui sommeillait; un érysipèle de la face sera ainsi suivi d'un eczéma des mains ou d'une poussée de syphilides.

Les complications générales, au cours de l'érysipèle de la vieillesse, sont considérées comme fréquentes par les auteurs. On admet, en effet, généralement que l'érysipèle des vieillards est presque toujours mortel et que la mort d'un érysipélateux est due moins à la septicémie streptococcique qu'à une insuffisance de tel ou tel organe spécial. Nos observations ne nous ont montré aucune complication générale pendant la maladie, à l'exception d'une seule : il s'agissait d'un vieillard de 65 ans atteint d'hypertrophie cardiaque ancienne, au cours d'une néphrite chronique, et qui mourut d'asystolie progressive en hypothermie. Nous ne considérons pas comme des complications, mais comme des symp.

tômes, les congestions pulmonaires précoces ou initiales que présentèrent six de nos malades. Nous avons décrit ces troubles pulmonaires au chapitre des Symptômes. Quant aux complications rénales, les plus fréquentes (Enriquez, *Traité de Médecine*, 1909) dans le cours de l'érysipèle, nous ne les avons pas observées.

En dehors des complications viscérales véritables, on rencontre, selon Lucien et Parisot, des troubles viscéraux de pronostic favorable. Pour ces auteurs, ces troubles rénaux hépatiques, cardiaques, se localisent sur des organes antérieurement lésés. Ces troubles n'ont pas été observés chez nos malades, bien que treize eussent présenté des lésions viscérales cliniquement appréciables.

On a signalé, chez le vieillard, non seulement l'endocardite streptococcique, mais la péricardite, la pleurésie avec épanchement. On a décrit aussi la congestion pulmonaire et la pneumonie. La pneumonie érysipélateuse a une symptomatologie toujours mal dessinée, une évolution rapide, irrégulière, une issue fatale. « Pour la surprendre chez le vieillard, à son début, il faut avoir soin de pratiquer une auscultation quotidienne, alors même qu'aucun symptôme n'attire l'attention sur le poulmon. » (Widal.)

Le délire est une complication fréquente au cours de la plupart des maladies infectieuses du vieillard. C'est même surtout à l'occasion de ces dernières que se manifestent, après le délire infectieux, les premiers symptômes de la démence sénile. Chez une des malades dont nous possédons l'observation, huit jours après la disparition de la plaque, on constata un affaissement cérébral plus marqué, un peu d'incohérence des réponses, du rire et du pleurer spasmodiques, signes d'un foyer récent de ramollissement cérébral ou d'une altération cérébrale récente.

Les formes anormales bien caractérisées de l'érysipèle, la forme bilieuse, la forme adynamique, ont une existence douteuse chez le vieillard. Une forme bénigne, ou longtemps bénigne, chez l'adulte, l'érysipèle à répétition, ne peut être considérée comme telle chez le vieillard, moins résistant aux attaques répétées.

On observe, il est vrai, une atténuation progressive des dermites; à chaque récurrence s'affirme ainsi l'opposition croissante entre l'immunité générale et la prédisposition locale, augmentant toutes deux à la suite de l'atteinte antérieure. Mais cette succession d'états infectieux n'en est pas moins particulièrement nocive chez un vieillard, et on doit toujours redouter l'apparition d'une poussée érysipélateuse inopinément plus grave que les précédentes. (Widal et Hirtz.)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Érysipèle de presque toute la face, chez un tabétique à la période paralytique, avec néphrite chronique et hypertrophie cardiaque constatées à l'autopsie. Traitement par l'électrargol intra-veineux. Mort au 11^e jour.

D..., Michel, 65 ans, salle Cornil, lit 79.

Nous nous trouvons en présence d'un tabétique à la période paralytique. Cet homme est complètement impotent; il est, de plus, atteint de cécité absolue et de relâchement des sphincters. L'intelligence est également touchée. Pas d'anorexie. Le poumon et le cœur sont normaux; les urines sont albumineuses.

Le 9 avril 1910, on constate, chez ce malade, une rougeur et une tuméfaction occupant les joues, le nez et les paupières inférieures; cette dermite aurait débuté, la veille, dans la soirée. Céphalée. Pas de vomissements. Température 40°6. Pouls petit, filiforme, à 114. Bruits du cœur normaux. Rien aux poumons. Urines rares, foncées, contenant de l'albumine en notable quantité. On institue, comme premier traitement: régime lacté, 2 litres, potion de Todd, 0 gr. 50 de quinine. Pansement vaseliné sur la face. Température du soir: 39°6. La région œdématiée est très douloureuse; céphalée très persistante.

Le 10 avril, température du matin: 38°4. Même état général. La plaque érysipélateuse a envahi presque toute la face et se prolonge du côté des oreilles. Pouls battant à 80. Les bruits du cœur sont bien frappés. Légère congestion des deux bases. Température du soir: 40°2. Pouls: 90.

11 avril 1910. Temp. du matin: 38°8. On supprime la quinine et l'on pratique une première injection intra-veineuse de 10 c.c. d'électrargol à 10 h. matin. Même traitement général. Temp. du soir: 39°4. Prostration assez accusée. Gonflement très marqué des lèvres et de la région sous-maxillaire. La pression de la région tuméfiée n'est pas très douloureuse. Pouls: 92. Sueurs abondantes. Le malade étant gâteux, il est très difficile d'apprécier la quantité des urines.

12 avril 1910. Temp. du matin: 38°2. Pouls: 110. Les bruits du cœur sont très perceptibles; la plaque d'érysipèle est stationnaire. On prati-

que, à 5 h. de l'après-midi, une deuxième injection intra-veineuse d'électrargol de 10 c. c. Au moment de l'injection, la température est de 40°1; à 7 h. du soir, de 40°6. Pouls : 106.

13 avril 1910. Léger affaissement de la plaque d'érythème. Température matinale : 39°2. Pouls : 100. A une heure de l'après-midi, 40°. On injecte alors, pour la troisième fois, 10 c.c. d'électrargol. A 7 h. du soir, 40°2 avec 120 pulsations. Pendant la journée du 13, les bruits du cœur sont sourds, affaiblis; on prescrit X gouttes de digitaline au 1.000^e.

14 avril, la température est toujours en plateau à 40°. La plaque s'affaisse. Pouls filiforme à 90. Quatrième injection intra-veineuse, d'électrargol (10 c. c.).

15 avril, la température est à 37°6, puis 36°6 et 37°4. Début de la desquamation. Le pouls est devenu incomptable, le malade est très prostré.

18 avril, mort après un affaiblissement et une arythmie des pulsations cardiaques de plus en plus marqués pendant cinq jours. Hypothermie pendant 36 heures. 34°9 à 9 h. matin. Mort à 4 h. de l'après-midi.

Formule sanguine. — 12 avril. Leucocytes, 10.750. Polynucléaires neutrophiles 78 %/o. Lymphocytes, 11 %/o. Grands mononucléaires 11 %/o.

16 avril : leucocytes, 8.550; polynucléaires neutrophiles, 74 %/o; lymphocytes, 10 %/o; grands mononucléaires, 16 %/o.

Autopsie. — Poumon droit : congestion de la base. Poumon gauche emphysémateux. Cœur pesant 750 grammes, couleur feuille-morte avec dilatation du V. D. On constate un léger épanchement séreux péricardique. Pas d'athérome net ni de coronarite. Foie congestionné (1 kil. 500). Rate scléreuse. Rein droit, petit, blanc à la coupe au niveau de la substance corticale. Rein gauche polykystique présentant une atrophie considérable de la substance corticale. Capsules surrénales saines.

OBSERVATION II

Érysipèle de la face (région temporo-frontale). Céphalée initiale. Élévation thermique le premier jour. Guérison.

L... Clarisse, 69 ans. Salle Proust, lit 10. Hospitalisée pour sénilité.

17 novembre 1910. La malade a été prise dans la nuit de maux de tête. Le matin, on constate une rougeur très nette et un bourrelet très net au palper, au niveau de la région frontale. La température est alors de 39°5.

Traitement par l'application d'un pansement glyciné et 0 gr. 5 de quinine. La température vespérale s'abaisse à 38°6.

18 novembre. Dermite limitée à la région temporo-frontale droite et gauche. Température normale. Bon état général. Pas d'albuminurie.

26 novembre. Guérison de la dermite. On remarque l'apparition d'un certain déficit intellectuel et de rire et pleurer spasmodique.

OBSERVATION III

Érysipèle peu étendu de la face. Hyperthermie légère les deux premiers jours. Albuminurie ancienne. Guérison de l'érysipèle. Mort de cachexie sénile peu après.

J... Marie, 60 ans. Salle Brissaud, lit 52. Hospitalisée pour impotence des membres inférieurs, sénilité, léger déficit intellectuel. Les urines sont constamment très albumineuses.

27 novembre 1911. Dermite streptococcique recouvrant la joue droite, avec bourrelet perceptible. Température 38° le matin, 37°8 le soir. Injection, dans la matinée, de 10 c.c. d'électrargol au pli du coude.

28 novembre. Apyrexie. Albuminurie très abondante.

5 décembre. Guérison complète. L'état général n'a pas été atteint.

15 décembre. Mort de cachexie progressive observée dans les six ou huit derniers jours.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Érysipèle de la face. Phtiriasse du cuir chevelu. Fastigium thermique le premier jour. Traitement par l'électrargol (voie intra-veineuse). Guérison.

D... Nathalie, 62 ans. Salle Brissaud, lit 19. Hospitalisée pour sénilité en juin 1912. Pas d'antécédents pathologiques.

7 juillet 1912. La malade se plaint de quelques frissons. Phtiriasse du cuir chevelu très marquée au moment de l'hospitalisation.

10 juillet. Apparition de la plaque d'exanthème à la partie interne de l'orbite gauche. Rougeur et tuméfaction assez peu intenses. Pas de bourrelet, pas d'adénopathies. La température est de 39°5 à 3 heures de l'après-midi. On pratique alors une injection intra-veineuse de 10 c.c. d'électrargol.

11 juillet. La dermite occupe l'ensemble de la face, symétriquement, sauf les oreilles, le menton, et n'atteint pas le cuir chevelu. La température matinale est de 38°1. Le soir et les quatre jours suivants, elle reste autour de 37°5, presque normale. L'état général n'est pas atteint. Tension artérielle élevée. 21 au Potain. Index viscosimétrique :

$$4, 8. \text{ Rapport de ces deux chiffres : } \frac{21}{4 \cdot 8} = 4,3.$$

17 juillet. Guérison complète.

Formule sanguine. — 11 juillet : hématies, 4.810.000; leucocytes, 5.500; polynucléaires neutrophiles, 63 °/o; lymphocytes, 8 °/o; grands mononucléaires, 28 °/o; éosinophiles, 1 °/o.

OBSERVATION V (Personnelle)

Érysipèle de la face, d'origine phthiriasique. Courbe thermique en lysis.

Traitement par les injections intra-veineuses d'électrargol. Guérison.

Récidive le 18^e jour.

E... Marie, 74 ans. Salle Proust, lit 65. Hospitalisée le 28 mai 1912 pour sénilité, présentant alors de l'emphysème généralisé, des ganglions cervicaux récemment fistulisés à gauche, et de la phthiriasie du cuir chevelu.

16 juin 1912. Dermite occupant d'emblée toute la joue gauche, le front, les deux paupières considérablement tuméfiées et s'ouvrant difficilement, la face dorsale du nez et la moitié supérieure de la joue droite. Limite inférieure de la plaque aux sillons labio-géniens. Intégrité du cuir chevelu. La température, à 3 h. de l'après-midi, est de 39°1.

17 juin. Même localisation de l'érysipèle, avec, en plus, envahissement complet de la joue droite. A part la tuméfaction des paupières, la plaque est modérément saillante; léger bourrelet périphérique; Rougeur modérée. Ganglions sous-maxillaires et préauriculaires bilatéralement tuméfiés. Anorexie. Langue légèrement saburrale. Légers signes de bronchite. Pas de bacille de Koch dans l'expectoration. La température est de 38°8, puis 38°9 le matin. On pratique, à midi, une injection d'électrargol de 10 c. Température : 38°8 le soir.

18 juin. Etats local et général améliorés. La température se maintient autour de 38°6. On recommence l'injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

19 et 20 juin. Troisième et quatrième injections intra-veineuses. Abaissement thermique continu de 38°6 à 37°8.

25 juin. Guérison locale. Tendance à l'hypothermie.

2 juillet. Récidive de la dermite au niveau du front et de la pommette, du côté gauche. Rougeur légère à ce niveau, sans tuméfaction ni engorgement ganglionnaire; la température locale est très sensiblement augmentée au niveau de l'exanthème. Apyrexie. L'eczéma phthiriasique du cuir chevelu n'est pas complètement guéri.

Formule sanguine, 16 juin : hématies, 2.790.000; leucocytes, 6.600; polynucléaires neutrophiles, 81 °/o; lymphocytes, 11 °/o; grands mononucléaires, 8 °/o.

18 juin, après deux injections d'électrargol : leucocytes, 13.300;

polynucléaires neutrophiles, 84 °/o; lymphocytes, 3 °/o; grands mononucléaires, 13 °/o.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Érysipèle de la face, chez une malade présentant des signes physiques d'insuffisance mitrale. Traitement par les injections intra-veineuses d'électrargol. Guérison. Sclérose dermique consécutive.

Ch... Marie, 61 ans. Salle Merklen, lit 58. Hospitalisée pour manque de ressources en janvier 1912. Assez bon état général ; au cœur, souffle mitral systolique léger, plusieurs fois constaté, d'insuffisance mitrale.

13 avril 1912. La nuit précédente et toute la matinée, frissonnements répétés. Dans l'après-midi, apparition, à l'angle interne de l'œil droit, d'une dermite streptococcique nette. Température vespérale : 37°9.

14 avril. Érysipèle occupant tout le côté droit du front et de la face, moins l'oreille. Peu de tuméfaction. Pas de bourrelet périphérique. Pas d'adénopathie. Les frissonnements persistent toute la journée. La température est de 38°6 le matin. On pratique une première injection de 10 c.c. d'électrargol. Température vespérale : 40°1 le soir ; deuxième injection de 10 c. c. d'électrargol.

15 avril. L'érysipèle est étendu au côté gauche de la face et à l'oreille gauche, respectant la moitié gauche du front. La température est de 37°5 le matin, 37°3 le soir. Les urines, contrairement au jour précédent, contiennent de l'albumine en faible quantité.

16 avril. Diminution d'intensité des signes physiques. Encore un peu d'hyperthermie le matin : 37°9.

19 avril. Douleur scapulaire droite et élévation à 38° de la température vespérale. Poumons normaux.

21 avril. Desquamation importante de toute la région atteinte.

29 avril. Guérison complète. Rougeur et induration cutanée légères dues à la sclérose dermique, occupant presque tout le côté droit de la face. Pas d'albumine dans les urines. Même auscultation cardiaque.

Formule sanguine. — 14 avril, avant les injections d'électrargol : hématies, 5.410.000; leucocytes, 8.500; polynucléaires neutrophiles, 79 1/2 °/o; lymphocytes, 16 °/o; grands mononucléaires, 4 °/o; éosinophiles, 1/2 °/o.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Érysipèle de la jambe et de la cuisse. Troubles myocardiques antérieurs. Point de départ : ulcération variqueuse. Traitement par les injections intra-veineuses d'électrargol. Congestion pulmonaire. Guérison.

G... Léontine, 70 ans. Salle Brissaud, lit 7. Hospitalisée le 15 mai 1908

pour varices et impotence des membres inférieurs. La malade a eu, peu après, une bronchite aiguë avec signes d'hyposystolie. L'assourdissement des bruits du cœur avec légère arythmie a, depuis, été constaté à deux reprises. Pas de petits signes de mal de Bright ni d'albuminurie.

19 avril 1912. Petite ulcération ancienne, reliquat d'un ulcère, à la face interne du tibia gauche, entourée d'une zone douloureuse, chaude, rosée, avec point fluctuant à la face interne du tibia et taches volumineuses purpuriques. On fait le diagnostic d'infection banale d'une ulcération variqueuse. Température : 37°7 le matin, 37°9 le soir. Albumine dans les urines.

20 avril. Toute la face antérieure de la jambe est légèrement œdématisée; la coloration est un peu plus foncée. A la face externe de la cuisse est apparue une dermite streptococcique très nette, de l'étendue de deux ou trois paumes de main, de couleur rose vif, présentant un bourrelet net à la vue et au palper. Augmentation de la température locale du côté gauche, seulement au niveau de la dermite de la jambe et de la cuisse. Pas d'adénopathie. Langue sèche. Constipation de plusieurs jours. Poumon : on trouve deux zones diffuses de râles crépitants, au niveau de la moitié inférieure des deux poumons, en avant et surtout en arrière. Pas de polypnée. Albuminurie. Injection intra-veineuse de 12 c. c d'électrargol, et application d'un pansement d'eau bouillie salée sur tout le membre. Le soir, quelques heures plus tard, la température est de 39°4.

21 avril. Pas de modification des signes locaux. La température est tombée au-dessous de 38°. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

5 mai. Guérison complète de la dermite. Pas d'albumine dans les urines.

22 juin. Ulcère variqueux large comme une petite paume de main, suintant abondamment, entouré de lésions d'eczéma variqueux.

Formule sanguine. — 20 avril, avant les injections d'électrargol : hématies, 6.000.000; leucocytes, 7.200; polynucléaires neutrophiles, 83 1/2 °/o; lymphocytes, 12 °/o; grands mononucléaires, 4 °/o; éosinophiles, 1/2 °/o. 30 avril : leucocytes, 6.400; polynucléaires neutrophiles, 74 °/o; lymphocytes, 19 °/o; grands mononucléaires, 6 °/o; éosinophiles, 1 °/o.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Érysipèle de la face d'origine phthiriasique chez une femme atteinte de sclérose rénale, hépatique et aortique. Foyer de congestion pulmonaire. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

G... Lucie, 62 ans. Salle 33, lit 47. La malade entre le 14 mars 1912

dans le service du Dr Oppenheim pour un exanthème remarqué la veille et de la fièvre. Phtiriasse du cuir chevelu. Tout le côté gauche de la face, moins l'oreille, est rosé, avec légère élévation de la température locale, sans bourrelet ni tuméfaction. Pas d'adénopathie. Température : 38°4 le matin, 38°6 le soir. L'état général est peu atteint. La langue est un peu blanche. Anorexie. Atrophie ancienne du foie indiquée par la diminution considérable de la matité hépatique. Aux poumons, on trouve des signes de bronchite diffuse légère et un foyer de congestion pulmonaire de la base gauche, indiqué, à l'auscultation, par un foyer de râles sous-crépitaux. Cœur : deuxième ton très exagéré à l'orifice aortique. Tension artérielle : 20 (Potain). Albumine dans les urines. L'interrogatoire de la malade apprend, de plus, qu'elle est sujette à la pollakiurie nocturne, aux crampes dans les mollets, aux œdèmes de la face et des paupières.

15 mars. Extension de la dermite, toujours très pâle et non saillante, à la moitié droite de la face. Température matinale : 38°4. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.). Température vespérale, après quelques heures : 38°1.

18 mars. La température est descendue au-dessous de 37°5.

19 mars. Guérison locale.

4 avril. Sclérose dermique : rougeur et induration légères du masque, respectant le front et les tempes. Albumine dans les urines.

Formule sanguine. — 15 mars, avant l'injection d'électrargol : hématies, 4.100.800; leucocytes, 12.400; polynucléaires neutrophiles, 85 %; lymphocytes, 12 %; grands mononucléaires, 1 %; éosinophiles, 2 %.

— 27 mars : leucocytes, 5.600; polynucléaires neutrophiles, 75 %; lymphocytes, 20 %; grands mononucléaires, 3 %; éosinophiles, 2 %.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Érysipèle de la face consécutif à des plaies cutanées. Oscillations thermiques pendant huit jours. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

B... Charles, 62 ans. Salle Gombault, lit 49. Hospitalisé pour manque de ressources. Pas d'antécédents pathologiques.

Le 8 mai 1912, chute accidentelle ayant occasionné de larges excoriations du nez et de petites plaies frontales.

13 mai 1912. Apparition à la partie interne de l'orbite gauche d'une plaque d'érysipèle. Température : 39°6 le matin, 39° le soir.

14 mai. Envahissement de tout le côté gauche de la face, oreille com-

prise. Rougeur, chaleur et tuméfaction, bourrelet net. Adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Température 38°6. Injection intra-veineuse d'électrargol (15 c. c.). La température vespérale s'élève à 40°6.

15 mai. Le côté droit de la face est, à son tour, intéressé, l'oreille comprise; le menton seul n'est pas atteint. Température: entre 39° et 39°5.

16 mai. Même état local: 38°4 le matin. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.). Le soir, la température monte à 40°5.

22 mai. Apyrexie après une série d'oscillations quotidiennes entre 37° et 39°9. Diminution légère d'intensité de l'exanthème.

6 juin. Guérison locale.

Formule sanguine. — 13 mai: hématies, 3.800.000; leucocytes, 10.300; polynucléaires neutrophiles, 76 %; lymphocytes, 16 %; grands mononucléaires, 7 %; éosinophiles, 1 %.—25 mai: hématies, 3.700.000; leucocytes, 8.400; polynucléaires neutrophiles, 69 %; lymphocytes, 25 %; grands mononucléaires, 6 %.

OBSERVATION X (Personnelle)

Érysipèle de la face, d'origine phthiriasique. Signes généraux atténués. Guérison.

D... Catherine, 60 ans. Salle 35, lit 58. Malade entrée dans le service du Dr Oppenheim le 22 mai 1912, porteuse d'une plaque de dermite couvrant la joue et l'aile du nez droites, et la région frontale droite; son début remonterait à la journée précédente. La température est de 38°. La malade présente de la phthiriasie du cuir chevelu.

23 mai. La dermite s'est étendue à toute la face, menton et oreille gauches exceptés. État général non atteint. Température: 37°8 le matin, 37°1, le soir. Pouls hypertendu, régulier. Pas d'albumine dans les urines.

5 juin. Guérison locale complète.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Érysipèle de la région orbitaire gauche. Signes de lésion rénale antérieure. Phthiriasie du cuir chevelu. Guérison.

P... Marie-Louise, 72 ans. Salle Brissaud, lit 35. Pas d'antécédents pathologiques, hormis une fièvre typhoïde à 55 ans. Entrée pour sénilité à l'hospice le 18 mars 1912. On constate alors des signes de bronchite chronique bilatérale, un deuxième ton aortique clangoreux, une tension artérielle de 21. Pollakiurie nocturne et albuminurie abondante. Phthiriasie du cuir chevelu.

31 mars 1912. Autour d'une petite plaie de la paupière inférieure gauche datant de quatre ou cinq jours, est apparue une plaque résistante, un peu chaude, rouge vif, recouvrant toute la région orbitaire. Pas de bourrelet périphérique au palper. Pas d'adénopathie. Température : 38°1. Langue un peu blanche. Albuminurie toujours abondante. On porte le diagnostic encore incertain d'érysipèle.

1^{er} avril. Diminution légère de température et de tension de la région orbitaire. Faible hyperthermie : 38°.

10 avril. Guérison locale complète.

Formule sanguine. — 31 mars : hématies, 4.100.000; leucocytes, 9.200; polynucléaires neutrophiles, 70 %; lymphocytes, 21 %; grands mononucléaires, 9 %.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Érysipèle de la face. Phtiriasse du cuir chevelu. Signes de lésion rénale antérieure; lésion hépatique probable. Dermite peu intense. Congestion pulmonaire. Guérison. Récidive. Injection intra-veineuse d'électrargol.

S... Antoinette, 61 ans. Salle Proust, lit 34. Hospitalisée pour manque de ressources et sénilité.

2 février 1912. A son entrée dans le service, on constate des signes d'induration du sommet gauche; le cœur est légèrement hypertrophié, le poulx tendu. Le foie est petit (hauteur de la matité : 4 centimètres) à bord inférieur dur et sensible; la rate un peu grosse. Il existe du déficit intellectuel, de l'incontinence des sphincters par périodes, une réaction paresseuse des pupilles à la lumière. En outre, la malade a des signes d'altération rénale : albuminurie, pollakiurie nocturne, des épistaxis. Il est à noter que la malade est entrée dans le service porteuse de phtiriasse du cuir chevelu et du corps, avec lésions d'eczéma couvrant les cuisses et les flancs.

27 février 1912. Apparition dans le courant de la journée d'une légère rougeur et d'une légère tuméfaction de la racine du nez et à l'angle interne des deux yeux. Température vespérale : 37°6.

28 février. La dermite s'est étendue au nez, aux deux pommettes et à la joue droite qui garde une coloration et un état presque normaux. Pas de réaction ganglionnaire. Poumons : à l'auscultation, on remarque un foyer assez important de râles sous-crépitaux à la base droite. 33 respirations sans dyspnée. Urines albumineuses. Apyrexie complète.

29 février. Décroissance des signes physiques.

3 mars. Guérison complète. Poumons normaux.

20 avril. On constate une nouvelle poussée atteignant la joue, l'aile

du nez et l'orbite, du côté gauche seulement. Signes peu intenses, pas de bourrelet. Température à 6 heures du soir : 38°5. Injection aussitôt de 10 c. c. d'électrargol au pli du coude. A 7 heures du soir, 37°9. Les lésions du cuir chevelu avec un peu d'eczéma facial persistent.

21 avril. Mêmes signes physiques. Apyrexie.

28 avril. Guérison complète.

Formule sanguine. — 28 février : hématies, 4.500.000; leucocytes, 10.000; polynucléaires neutrophiles, 76 %; lymphocytes, 14 %; grands mononucléaires 2 %; éosinophiles, 8 %. — 18 avril : leucocytes, 7.300; polynucléaires neutrophiles, 78 %; lymphocytes, 12 %; grands mononucléaires, 4 %; éosinophiles, 6 %. — 20 avril, avant l'injection d'électrargol : leucocytes, 8.200; polynucléaires neutrophiles, 75 %; lymphocytes, 20 %; grands mononucléaires, 2 %; éosinophiles, 3 %. — 1^{er} mai : leucocytes, 7.400; polynucléaires neutrophiles, 64 %; lymphocytes, 30 %; grands mononucléaires, 3 %; éosinophiles, 3 %.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Érysipèle atteignant toute la face. Défervescence le deuxième jour.

Injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

Ch... Louise, 60 ans. Salle 37, lit 42. Hospitalisée pour manque de ressources. Deux érysipèles dans le courant de 1911, qui auraient été intenses.

27 avril 1912. Plaque de dermite sans doute née à la racine du pavillon, entourant l'oreille gauche et étendue à une partie de la joue. Rougeur, tuméfaction, et au palper bourrelet nettement perceptible. Pas d'adénopathie. Température : 38°6 le matin, 38°8 le soir. Etat général non altéré. Pas d'albumine dans les urines.

28 avril. Les deux oreilles, toute la face, à l'exception du menton, sont prises. Abaissement de la température à 37°8. Injection de 10 c.c. d'électrargol. Quelques heures plus tard la température est de 36°5.

29 avril. Même état local. La partie droite de la face reste moins atteinte que l'autre, peu colorée et peu tuméfiée.

6 mai. Guérison locale complète.

Formule sanguine. — 27 avril : hématies, 5.000.000; leucocytes, 10.500; polynucléaires neutrophiles, 84 %; lymphocytes, 12 %; grands mononucléaires, 3 %; éosinophiles, 1 %. — 2 mai : leucocytes 8.100; polynucléaires, 68 %; lymphocytes, 26 %; grands mononucléaires, 5 %; éosinophiles, 1 %.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

*Érysipèle de la face. Phthiriasse. Lésions rénale et hépatique antérieures.
Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.*

L... Anne, 68 ans. Salle Merklen, lit 12. Affaiblissement intellectuel et albuminurie antérieurement constatée. Érysipèle de la face en 1911. La malade est porteuse de ganglions cervicaux, fistulisés à gauche. Phthiriasse du corps et du cuir chevelu lors de l'entrée dans le service pour érysipèle.

13 mars 1912. La dermite qui aurait débuté dans la nuit à l'angle interne de l'œil gauche couvre alors la joue et la tempe gauches.

14 mars. Tout le côté droit de la face, l'oreille droite, sont envahis; l'érysipèle reste assez pâle, peu tendu, entouré d'un bourrelet discontinu. Pas d'adénopathie nouvelle. Température aux environs de 38°5. Langue légèrement saburrale. Foie très nettement atrophié à la percussion, non palpable. Rate percutable sur trois travers de doigts. Pouls hypertendu; exagération du deuxième ton aortique. Albumine dans les urines.

15 mars. Température vespérale : 39°1. Injection intra-veineuse, peu après, d'électrargol (10 c. c.)

16 mars. Apyrexie. Légère diminution de la dermite du côté de la face primitivement atteint.

2 avril. Guérison locale complète.

Formule sanguine. — 15 mars, avant l'injection intra-veineuse : hématies, 5.000.000; leucocytes, 7.100; polynucléaires neutrophiles 62 %; lymphocytes, 34 %; grands mononucléaires, 4 %; éosinophiles, 3 %. — 8 avril : leucocytes, 8.900; polynucléaires neutrophiles, 64 %; lymphocytes, 16 %; grands mononucléaires, 4 %; éosinophiles, 16 %.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Érysipèle de la face compliqué de dacryocystites. Évolution prolongée. Sclérose hépatique. Gale récente. Traitement par huit injections intra-veineuses d'électrargol et l'instillation intra-oculaire d'électrargol. Guérison.

J... Marguerite, 69 ans. Salle 40, lit 58. Hospitalisée le 7 février pour sénilité, atteinte de gale généralisée. Interrogatoire difficile; la malade déclare pourtant avoir eu de l'ictère et être sujette aux œdèmes des jambes, à l'albuminurie.

27 février 1912. Dermite streptococcique apparue à l'angle interne de l'œil droit, occupant les paupières et la partie supérieure de la joue droites. Rougeur, tuméfaction et, au palper, bourrelet peu marqué. Pas d'adénopathie. État général : affaiblissement sénile peu prononcé. Poumon : craquements humides au sommet droit. Foie à lobe gauche un peu abaissé, à bord dur et nettement douloureux au palper; matité hépatique diminuée. Langue un peu blanche. Constipation. Albumine dans les urines. Température : 38°4 le matin, 38°5 le soir. On pratique alors une injection intra-veineuse d'électrargol de 15 c. c.

28 février. Érysipèle limité à la partie droite de la face. Température au-dessous de 38°. Agglutination des cils; rougeur et suppuration conjonctivales. Examen du pus de l'œil droit : streptocoques en chaînettes. Instillation journalière, dès lors, de deux gouttes d'électrargol dans chaque œil. Injection intra-veineuse d'électrargol de 10 c. c.

29 février. Température normale. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

1^{er} mars. Amélioration de la conjonctivite. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

2 mars. Apparition d'une seconde plaque à la partie interne de la paupière inférieure gauche. Phlyctène volumineuse à son niveau. Température générale normale. Apparition d'une tumeur lacrymale à la paupière inférieure droite.

3 mars. 38°2. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.).

4 mars. La dermite a pâli du côté droit. Tout le côté gauche est, lui aussi, atteint. Signes physiques peu intenses. Fastigium thermique de la maladie : 38°7 le soir. On injecte alors à nouveau 10 c. c. d'électrargol.

5 mars. Disparition de la fièvre. Dacryocystite double.

6 mars. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

10 mars. Nouvelle poussée de dermite du côté droit de la face. 38°3. Injection intra-veineuse de 10 c. d'électrargol.

11 mars. Tout le côté droit de la face est envahi; signes peu marqués, pas de bourrelet. Défervescence.

27 mars. Guérison presque complète, sauf la réapparition d'une rougeur et d'un gonflement au niveau de la dacryocystite gauche, presque fistulisée.

28 mars. Quatrième poussée, depuis la veille, sans fièvre. Érysipèle en papillon avec bourrelet périphérique net. Les deux dacryocystites sont fistulisées, malgré la continuité du traitement local.

16 avril. Guérison locale de la dermite. Suppuration moindre des fistules lacrymales, mais rougeur à leur périphérie, simulant l'érysipèle.

18 avril. Suppuration des fistules presque tarie. Globe oculaire sain, conjonctive peu enflammée.

Formule sanguine. — 28 février, avant l'injection d'électrargol : hématies, 3.800.000; leucocytes, 9.100; polynucléaires neutrophiles, 68 %; lymphocytes, 20 %; grands mononucléaires, 8 %; éosinophiles, 4 %. — 2 mars : leucocytes, 7.400; polynucléaires neutrophiles, 70 %; lymphocytes, 18 %; grands mononucléaires, 10 %; éosinophiles, 2 %. — 28 mars : leucocytes, 6.100; polynucléaires neutrophiles, 77 %; lymphocytes, 16 %; grands mononucléaires, 6 %; éosinophiles, 1 %.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Érysipèle atteignant presque toute la face et partie du cuir chevelu au cours d'une néphrite chronique. Fastigium thermique le cinquième jour. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol : 10 c. c. journellement du cinquième au neuvième jour. Guérison. Sclérose dermique consécutive.

F... Marie, 69 ans. Salle Merklen, lit 52. Hospitalisée pour sénilité et œdème des jambes. Albuminurie. Régime lacté habituel. Adénopathies sus-claviculaires gauches et fistule à ce niveau. La malade aurait eu, à 40 ans, une dermite streptococcique avec température élevée.

9 février 1912. Début de la plaque (le même jour que pour un autre cas analogue, à deux lits de distance, d'érysipèle facial bénin serpiginieux). Point de départ à la commissure nasale droite. Température : 37°7. Pas d'autres signes généraux.

10 février. L'érysipèle recouvre la joue droite; légère douleur spontanée et à la pression; rougeur et tuméfaction modérées. Pas de bourrelet perceptible.

13 février. Après trois journées apyrétiques, la température vespérale monte à 40°6. Une nouvelle plaque, à peine séparée, couvre la tempe droite. Les ganglions sous-maxillaires, surtout à droite, sont engorgés. Aucun symptôme nerveux. La joue droite, plus pâle, reste un peu douloureuse à la pression. Cœur bien rythmé présentant un léger souffle diastolique rude à l'orifice aortique. Au poumon, foyer de congestion peu étendu à la base gauche; pas de lésion bien nette des sommets. La langue est un peu sèche et un peu blanche. Albuminurie. Dépression nerveuse nette. Myosis. Injection immédiate de 10 c. c. d'électrargol intraveineuse, on la répète les jours suivants.

17 février. La partie gauche de la face, avec l'oreille et une partie de la moitié gauche du cuir chevelu, sont à leur tour couverts par la plaque. La température est normale, après abaissement en lysis les trois jours précédents. Dernière des cinq injections intra-veineuses d'électrargol.

15 mars. Rougeur légère, aspect parqueté de la peau, résistance superficielle au niveau de la joue droite (sclérose dermique).

Formule sanguine. — 15 février : hématies, 4.400.000; leucocytes, 6.700; polynucléaires neutrophiles, 79 °/o; lymphocytes, 6 °/o; grands mononucléaires, 14 °/o; éosinophiles, 1 °/o. — 17 février : leucocytes, 8.200; polynucléaires neutrophiles, 64 °/o; lymphocytes, 22 °/o; grands mononucléaires, 10 °/o; éosinophiles, 4 °/o. — 25 février : leucocytes, 10.100; polynucléaires neutrophiles, 69 °/o; lymphocytes, 11 °/o; grands mononucléaires, 10 °/o; éosinophiles, 10 °/o. — 19 mars : leucocytes, 6.800; polynucléaires neutrophiles, 74 °/o; lymphocytes, 15 °/o; grands mononucléaires, 7 °/o; éosinophiles, 4 °/o.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Érysipèle de la partie droite de la face, au cours d'une néphrite chronique. Apyrexie continue. Point de départ : phthiriasse du cuir chevelu. Guérison.

M... Clémence, 63 ans. Salle 38, lit 43. Hospitalisée pour néphrite chronique en janvier 1912. La malade est sujette aux céphalées, crampes dans les mollets, engourdissement des extrémités, aux besoins d'uriner fréquents et impérieux, en particulier la nuit, au lumbago, aux syncopes brusques. Elle a des œdèmes palpébraux passagers, un bruit de galop, une albumine abondante.

10 février 1912. Début de la plaque à la racine des cheveux, au niveau d'une plaie due à une phthiriasse toute récente.

11 février. Développement maximum de la plaque occupant le front, l'aile droite du nez, les trois quarts supérieurs de la joue droite et l'oreille. Petite adénopathie sous-maxillaire droite, douloureuse au palper. Peu de tuméfaction et de rougeur de la plaque; bourrelet très peu net. Bon état général. Langue un peu chargée. Cœur : bruit de galop.

17 février. Guérison locale.

15 mars. Léger épaissement du derme au niveau de l'ensemble du territoire atteint par l'érysipèle. Disparition de tous les signes physiques de la dermite streptococcique.

Formule sanguine. — 15 février : hématies, 5.450.000; leucocytes, 6.200; polynucléaires neutrophiles, 64 1/2 °/o; lymphocytes, 16 °/o; grands mononucléaires, 19 °/o; éosinophiles, 1/2 °/o. — 25 février : leucocytes, 6.000; polynucléaires neutrophiles, 70 °/o; lymphocytes, 16 °/o; grands mononucléaires, 8 °/o; éosinophiles, 6 °/o.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Érysipèle serpigineux de la face, du cou et du dos, d'origine phthiriasique. Fièvre prolongée. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

B...Rose, 75 ans. Salle Brissaud, lit 56. Hospitalisée le 3 décembre 1911 pour sénilité. Affaiblissement intellectuel. Induration et craquements secs au sommet gauche. A l'entrée à l'hospice, phthirias du cuir chevelu.

16 décembre 1911. Bourrelet très net de dermite streptococcique traversant en courbe le front et la tempe droite. Température : 40°2. Langue blanche.

17 décembre. Même état local et général. Injection de 10 c. c. d'électrargol au pli du coude. Surélévation faible de la température vespérale : 40°8. Pas d'albumine dans les urines.

18 décembre. Extension à tout le côté droit de la face, oreille exceptée, caractères physiques typiques. Température entre 39°5 et 40°. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.).

19 décembre. Léger abaissement thermique. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.).

20 décembre. Rétrocession légère des signes physiques et 37°1, le matin. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c. c.). Température vespérale : 39°7.

22 décembre. Nouvelle oscillation : 37°2 le matin; injection de 10 c.c. d'électrargol. Température au soir : 40°7.

23 décembre. Les signes physiques ont beaucoup diminué à la face et sont plus nets à la région temporo-occipitale droite, à la nuque, à la face postérieure du cou. Température : 38°9 le matin; 40°4 le soir. Langue saburrale. Légère diarrhée.

24 déc. Chute de la température au-dessous de 38°. Localement, la rougeur, la chaleur, le bourrelet, à la palpation, sont toujours bien marqués. On remarque une légère adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

26 décembre. La plaque, plus étendue, couvre le dos jusqu'au niveau de la pointe des omoplates. Température vespérale : 38°4.

28 décembre. Diminution de l'exanthème. Température normale.

15 janvier. Guérison complète.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Érysipèle atteignant toute la face, d'origine phthiriasique. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

Q... Anna, 62 ans. Salle 35, lit 42. Hospitalisée pour manque de ressources. Pas d'antécédents pathologiques.

12 juillet 1912. Rougeur de la face apparue la veille au soir; la malade avait alors 38°6. Le 12, on constate un placard rosé, dur, à bourrelet visible et palpable, occupant la région de la base du nez et de la moitié interne des deux orbites. Pas d'adénopathie. Langue un peu blanche et un peu sèche, sans autres troubles digestifs. Température : 37°7. Une collection purulente sous-dermique de la région frontale, isolée, est incisée. Phthiriasse du cuir chevelu.

13 juillet. Placard d'exanthème recouvrant toute la face, sauf le menton, de couleur rosée; tension et bourrelets nets. Pas de ganglions. Pas d'anorexie. Urines : 1.100 c. : pas d'albumine. Température : 37°2. Injection de 5 c. c. d'électrargol par voie endoveineuse. Température vespérale : 37°9.

14 juillet. Pas de modification locale ; les paupières restent closes, comme la veille. Température au-dessous de 38°. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

21 juillet. Guérison complète.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Érysipèle atteignant presque toute la face. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Récidive six mois plus tard.

R... Julienne, 72 ans. Salle Brissaud, lit 19. Hospitalisée pour sénilité.

22 avril 1911. Maux de tête pendant la nuit précédente. Le matin, on constate une dermite streptococcique occupant la partie supérieure de la face, surtout le front, d'une teinte rouge vif, chaude, à bourrelet perceptible au palper. Pas de ganglions engorgés. Langue un peu chargée. Température : 40°. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

La température, quelques heures plus tard, est de 41°. Pas d'albumine dans les urines.

23 avril. La dermite occupe toute la face, moins les oreilles et le menton; la température s'est abaissée momentanément à la normale, le matin. Deux foyers de congestion pulmonaire au tiers inférieur des deux poumons sont apparus. Pas de dyspnée. Injection de 10 c.c. d'électrargol.

24 avril. Mêmes signes physiques. La température est tombée entre 38° et 39°. Augmentation du foyer congestif du côté droit de la poitrine; pouls rapide et dépressible (136 pulsations). Urines : 800 c. c. Injections de 10 c.c. d'électrargol et digitaline au millième (10 gouttes, cinq jours).

27 avril. Mêmes signes, sauf le retour du pouls à la normale et l'apparition d'un léger délire. Injection intra-veineuse d'électrargol.

28 avril. Disparition presque complète de l'encombrement pulmonaire.

30 avril. Température descendue à la normale.

12 mai. Guérison complète.

Formule sanguine. — 27 avril : leucocytes, 14.200; polynucléaires neutrophiles, 82 %; lymphocytes, 15 %; grands mononucléaires, 12,5 %.

25 octobre 1911. Apparition d'une plaque d'exanthème au grand angle de l'œil droit ; œdème de la paupière supérieure; pas de bourrelet. Température 38°8. Bon état général.

26 octobre. Extension à la plus grande partie du côté droit de la dermite. Céphalée. Température : au-dessous de 38°.

28 octobre. L'érysipèle, toujours atténué, a recouvert l'autre côté de la face. Température : 37°4 et 37°7. Pas de symptômes cardiaques ni pulmonaires.

6 novembre. Guérison locale complète.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Érysipèle de la face. Injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

D... Blanche, 69 ans. Salle 40, lit 26. Hospitalisée pour sénilité et crises hystériques.

4 mai 1911. Début de la dermite; placard occupant la plus grande partie de la face; maximum à la joue et l'oreille droites. Pas de bourrelet. Pas d'engorgement ganglionnaire. Céphalée. Langue sèche. Température : 39°9. Pas d'albumine dans les urines.

5 mai. Pas de modification des signes physiques. La température matinale est de 39°3. Injection intra-veineuse de 10 c.c. d'électrargol. Température vespérale : 38°2.

6 mai. Oscillation thermique : de 37°4 à 38°8.

8 mai. Amélioration de la dermite. Température normale.

19 mai. Guérison locale complète.

OBSERVATION XXII

Érysipèle de la face. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Hypothermie. Guérison.

D... Léon, 68 ans. Salle Duchênne de Boulogne, lit 73. Hospitalisé pour tuberculose sterno-claviculaire fistulisée.

Foie normal. Pas d'albumine. Affaiblissement intellectuel; pleurer spasmodique.

15 avril 1910. Exanthème à l'angle interne de l'œil gauche; pas d'adénopathie. Température : 39°2.

16 avril. La dermite streptococcique étendue à la région frontale et à la joue gauche est devenue plus caractéristique, avec chaleur, tuméfaction et léger bourrelet frontal. Température : 38°6. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol. La température vespérale s'abaisse à 38°2.

18 avril. Etat local et général restés stationnaires.

19 avril. Légère agitation le soir; la température est de 38°2 à 7 heures du soir. Pas d'albumine dans les urines.

20 avril. A 10 h. du matin, la température n'est plus que de 35°6. On pratique deux injections d'éther et de spartéine. La température remonte lentement jusqu'à 37°7, à 7 heures du soir.

23 avril. Diminution de l'exanthème; la température reste au-dessous de 38°; la quantité d'urines redevient normale.

3 mai. Depuis la veille au soir, la dermite qui avait presque disparu, s'est étendue à la joue du côté opposé. Température : 38°2. On fait une injection de 10 c.c. d'électrargol au pli du coude. La température vespérale tombe à 37°4.

11 mai. Guérison locale définitive.

16 juillet. Persistance d'une légère rougeur et d'induration cutanée au niveau de la partie gauche de la face.

OBSERVATION XXIII

Érysipèle atteignant presque toute la face chez un tuberculeux avéré.

Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

P... Pierre, 71 ans. Salle Duclaux, lit 79. Hospitalisé pour tuberculose sterno-costale fistulisée. Signes de ramollissement du sommet droit avec même quelques râles gargouillants. Dyspnée d'efforts et dyspnée nocturne fréquentes. Bacille dans les crachats constaté le 4 février 1911.

24 avril 1911. Plaque d'érysipèle apparue pendant la nuit à l'angle interne de l'œil droit, œdème des deux paupières. Pas d'adénopathie. Température : 39°6. Pas d'albumine dans les urines.

25 avril. La plaque a envahi presque totalement les deux côtés de la face. La rougeur, la chaleur et la tuméfaction sont modérées; le bourrelet n'est pas perceptible. Température matinale : 40°2. Injection de 10 c. c. d'électrargol par voie intra-veineuse. La température vespérale n'est que de 38°7.

26 avril. Même état local. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'élec-

trargol. La température s'élève, après l'injection, de 38° à 39°2, à 2 heures de l'après-midi, pour redescendre le jour même.

28 avril. Diminution des signes physiques. Apyrexie.

12 mai. Guérison locale complète.

OBSERVATION XXIV (Personnelle)

Érysipèle de la face. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Congestion pulmonaire. Guérison.

D... Marie, 72 ans. Salle Brissaud, lit 20. Hospitalisée pour sénilité et misère. Pneumonie quatre ans auparavant et érysipèle du côté droit de la face un an avant l'observation actuelle. La malade a présenté à deux reprises, depuis huit mois qu'elle est hospitalisée, des palpitations avec arythmie cardiaque prolongée, nécessitant le régime lacté et l'emploi de la digitaline.

29 janvier. 1911. Dermite apparue pendant la nuit, occupant le front, les paupières, la joue droite; signes physiques et bourrelet périphérique bien nets. Céphalée tenace depuis vingt-quatre heures. Langue un peu sèche. Pas d'albumine dans les urines; diazo-réaction positive : R¹. Température : 39°2 le matin, 40°7 le soir (maximum thermique).

30 janvier. Envahissement du côté gauche de la face; pas d'engorgement ganglionnaire. La température reste au-dessus de 40°. Injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

31 janvier. État peu modifié, sauf un abaissement thermique de quelques dixièmes et l'apparition, à la base gauche, d'une zone de respiration diminuée et de râles sous-crépitaux en foyer. Ni pneumocoque, ni bacille de Koch dans l'expectoration. Seconde injection intra-veineuse d'électrargol.

2 février. Amélioration locale. La température s'est abaissée à la normale. Mêmes signes pulmonaires.

4 février. La fièvre a reparu depuis le soir précédent, 39°5, explicable par l'accroissement léger du foyer pulmonaire. Injection de 10 c. c. d'électrargol par voie endoveineuse.

6 février. Disparition presque complète des signes d'auscultation. Température abaissée progressivement à la normale.

12 février. Guérison complète de la dermite.

Formule sanguine. — 29 janvier : leucocytes, 13.000; polynucléaires neutrophiles, 74 %; lymphocytes, 11 %; grands mononucléaires, 14 %; éosinophiles, 1 %.

OBSERVATION XXV

Érysipèle de la face chez une albuminurique atteinte d'insuffisance aortique. Début par une congestion pulmonaire bilatérale. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

G... Stéphanie, 73 ans. Salle Brissaud, lit 60. Hospitalisée pour sénilité en janvier 1908. Depuis, on a constaté de l'albuminurie à chaque examen d'urines, et l'existence, au foyer aortique du cœur, d'un souffle rude aux deux temps, beaucoup plus net pendant la diastole. Tension artérielle de 21 (Potain).

26 octobre 1910. Obnubilation cérébrale. Langue un peu blanche. A l'auscultation des poumons, on trouve un grand nombre de râles sous-crépitaux fins, en arrière, du côté gauche, dans toute la hauteur du poumon. Quelques râles sous-crépitaux existent aussi à la base gauche, en avant. Polypnée (26 respirations). Urines albumineuses. La température, de 38° à la fin de la journée précédente, monte à 38°2 et 38°4.

27 octobre. Tendance à la diminution des signes pulmonaires, avec participation des deux bases du poumon seulement. Apparition d'un exanthème, de nature encore indéterminée, à la partie interne de l'orbite et à la région nasale, du côté gauche. Céphalée; disparition de la fièvre.

28 octobre. Aspect de dermite streptococcique net, symétrique, avec douleur spontanée de la face et céphalée, rougeur et chaleur de la plaque modérées, sensation de bourrelet au niveau du dos du nez. Régions frontale et parotidienne indemnes. Pas d'engorgement ganglionnaire. Température: entre 37°5 et 38°1. Injection de 10 c. c. d'électrargol au pli du coude.

29 octobre. Même état local. Poumons normaux. Souffle cardiaque non modifié. Température normale.

31 octobre. La dermite n'existe plus qu'à la joue gauche, sur une surface de six centimètres environ.

9 novembre. Guérison complète.

Formule sanguine. — 29 octobre : leucocytes, 7.800; polynucléaires neutrophiles, 78 %; lymphocytes, 8 %; grands mononucléaires, 13 %; éosinophiles, 1 %.

OBSERVATION XXVI

Érysipèle de la face. Hyperthermie initiale. Injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

F... Joseph, 60 ans. Salle Duchênne de Boulogne, lit 3.

Le 13 août 1910, à son arrivée dans le service, le malade présente de

ja rougeur du front et de l'orbite droite, avec œdème palpébral gênant l'ouverture des paupières. Bourrelet périphérique à peine sensible. Pas d'engorgement ganglionnaire. La température est de 38°2. Pas d'albumine dans les urines. Injection intra-veineuse d'électrargol (10 c.c.).

14 août. Extension de la dermite à la joue gauche. Fin de l'hyperthermie : 37°4, le matin ; 37°6, le soir.

22 août. Guérison locale complète.

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Érysipèle de la face d'origine phtiriasique. Injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

P... Marie, 63 ans. Salle 33. lit 28. La malade entre dans le service pour céphalalgies le 16 juin 1911. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

16 juin 1911. La présence, dans les cheveux, de pediculi capitis est constatée et c'est une lésion de grattage de la région occipitale qui semble être le point de départ d'une dermite streptococcique.

Le 30 juin 1911, la malade, entrée la veille en chambre d'isolement, présente une rougeur et tuméfaction du cuir chevelu : un bourrelet, au ras de la ligne des cheveux, limite cette région ; la sensation de cuisson y est très vive. Température : 39°2 (maximum thermique). Pouls : 120. Tension : 15 au sphygmomanomètre Potain. La langue est saburrale, l'anorexie complète ; constipation très marquée. Rien au cœur ni aux poumons. Les urines sont rares, foncées en couleur, ne contenant ni sucre ni albumine. La malade est mise au lait, aux boissons abondantes ; on administre un purgatif.

Le 1^{er} juillet. L'état général est toujours le même. Température : 39°. Pouls : 115. Tension : 15. L'état du cuir chevelu ne s'est pas modifié. Les urines sont toujours rares, un litre environ depuis la veille. On pratique, à 2 heures de l'après-midi, une injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargo I. Sur le cuir chevelu, après coupe des cheveux, badigeonnage avec une solution d'acide picrique à 13 %.

2 juillet, l'état général est sensiblement le même. La température est de 37°. Pouls, 95. Tension, 16. Les urines sont plus abondantes : 1 lit. 200 environ. La sensation de cuisson au cuir chevelu a complètement disparu, la rougeur et la tuméfaction ont très diminué. Examen du sang prélevé à 2 heures de l'après-midi, 24 heures après l'injection. Leucocytose plus marquée. On ne pratique pas de nouvelle injection.

3 juillet, l'état général est excellent. La température est à 37°. Pouls, 90. Tension, 16. Urines moins foncées : 1 lit. 500 environ.

10 juillet, la malade sort guérie. Pas de rechute.

Formule sanguine. — 4^{er} juillet, avant l'injection d'électrargol : leucocytes, 9.000; polynucléaires neutrophiles, 64 %; lymphocytes 24 %; grands mononucléaires, 12 %. — 2 juillet : polynucléaires neutrophiles, 75 %; lymphocytes, 22 %; grands mononucléaires, 3 %.

OBSERVATION XXVIII

Érysipèle de la face. Injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

F... Germain, 60 ans. Salle 5, lit 56. Le malade entre dans le service le 13 août 1910. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires particuliers. Depuis la veille, il ressent au niveau de l'arcade sourcilière gauche une sensation de cuisson très pénible : cette région est le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction très marquées. La température est à 38°2. Les urines sont rares, très foncées. L'état général est bon. Pas d'anorexie marquée. On pratique immédiatement une injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

Le 14 août 1910, l'état s'est déjà bien amélioré. Température : 37°1 le matin, 37°6 le soir. La plaque érysipélateuse ne s'est pas étendue, mais persiste encore très nette. La sensation de cuisson a cependant disparu.

15 août et jours suivants, l'état s'améliore de plus en plus.

20 août, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XXIX

Érysipèle de la face d'origine phthiriasique. Symptomatologie atténuée. Signes antérieurs d'insuffisance aortique. Guérison.

R... Suzanne, 68 ans. Salle Merklen, lit 42. Hospitalisée pour sénilité en 1911. On a constaté, à cette époque, un assez bon état général; au cœur, un souffle rude diastolique au foyer aortique d'insuffisance valvulaire; les urines contenaient un peu d'albumine. La malade était alors atteinte d'une phthiriasse du cuir chevelu qui n'a pas complètement disparu et a produit des lésions eczémateuses au pourtour de l'implantation des cheveux.

3 mars 1911. On remarque, le matin, autour d'une des plaies dues au grattage, une plaque rosée, du diamètre d'une pièce de 5 francs,

sensible au palper, lourde et tendue, à bourrelet légèrement perceptible. Le soir, la plaque s'étend et la température s'élève un peu, à 37°9; mais il n'y a pas d'adénopathie, pas d'anorexie, pas d'albumine dans les urines. Mêmes signes qu'avant la maladie au foyer aortique.

4 mars. Extension effectuée de la plaque à toute la région orbitaire et à la partie supérieure des joues, symétriquement. Signes locaux toujours peu intenses. Température normale. Simple traitement local (pansement humide).

11 mars. Guérison locale complète.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

Érysipèle de la face chez une femme de 87 ans. Symptômes atténués. Traitement par l'injection intra-veineuse d'électrargol. Guérison.

P... Olympe, 87 ans, Salle Proust, lit 19. Hospitalisée pour sénilité. Un érysipèle antérieur, seize mois auparavant.

25 juillet 1911. Autour de lésions d'acné, on remarque, à la région naso-génienne droite, une plaque d'exanthème tendant déjà à s'étendre vers la joue, rose, tendue et entourée d'un bourrelet sensible à la palpation. La pression n'est pas douloureuse. Pas d'adénopathie. Langue un peu sèche. Température : 38°3 le matin, 37°5 le soir. Pas d'albumine dans les urines. On pratique, préventivement, à la fin de la journée, une injection intra-veineuse de 10 c. c. d'électrargol.

26 et 27 juillet. Érysipèle limité au côté droit de la face. La température ne dépasse pas 38°.

28 juillet. Atténuation des signes physiques. Apyrexie.

8 août. Guérison locale complète.

Formule sanguine. — 25 juillet, avant l'injection d'électrargol ; hématies, 3.900.000; leucocytes, 6.500; polynucléaires neutrophiles, 69 %; lymphocytes, 23 %; grands mononucléaires, 8 %; éosinophiles, 0.

DIAGNOSTIC

Dans les cas typiques, le diagnostic de l'érysipèle ne comporte aucune hésitation; mais, chez les vieillards, bien des érysipèles passent inaperçus, ou à peine remarqués, et méconnus. Ces dermites insidieuses souvent n'amènent pas le malade à l'hôpital, d'où peut-être la gravité, exagérée d'après les cas hospitaliers, prêtée par les auteurs classiques à l'érysipèle des vieillards. On pourra donc n'être amené à constater l'érysipèle qu'à l'occasion d'une complication, ou par hasard, lorsque ses caractères sont déjà moins nets. La maladie, même complètement observée, pourra prêter à des erreurs de diagnostic particulières chez le vieillard.

Dans le cas où les symptômes généraux attirent les premiers l'attention, s'il s'agit d'un accès fébrile, qui reste inexpliqué après l'examen complet du vieillard au point de vue des différents appareils, il faudra passer en revue toute la surface tégumentaire. Comme dans toute affection chez le vieillard, où l'éclat, la netteté des symptômes sont diminués, il faudra alors pratiquer un examen clinique des plus complets et des plus minutieux. Nous n'avons pas observé ces débuts par hyperthermie et symptômes généraux intenses qui, chez l'adulte, annoncent, pour le moins, une maladie infectieuse aiguë, et même, chez les prédisposés, peuvent faire prévoir l'éclosion de l'érysipèle.

Lorsque ce sont les symptômes pulmonaires qui ouvrent la scène, comme il nous est arrivé d'en observer un cas, on pourra être orienté d'emblée vers un diagnostic inexact.

Si le vieillard présentait, comme il arrive parfois au début de l'érysipèle chez lui, des frissons répétés, on penserait, de plus en plus volontiers, à une affection pulmonaire ou pneumococcique et l'apparition même de la rougeur de la dermite passerait pour un trouble vaso-moteur dû à l'affection pulmonaire.

La dermite streptococcique constituée peut faire penser, tout au début, à un eczéma aigu ou à un abcès dentaire, les deux affections qui prêtent le plus à la confusion avec l'érysipèle, selon Roger. Mais des erreurs spéciales peuvent être commises chez le vieillard. Parmi celles que nous avons eues personnellement à éviter, est la confusion avec une poussée de lymphangite autour d'une plaie des téguments, et l'érysipèle des vieillards, nous l'avons noté, se développe justement au voisinage d'une plaie, dans de nombreux cas. Autour d'un ulcère variqueux, d'une eschare, la lymphangite réticulaire peut faire penser à l'érysipèle, et l'érysipèle à symptômes, souvent peu net, qui se développe au niveau de ces mêmes lésions, peut, inversement, être confondu avec la lymphangite réticulaire plus ou moins préexistante. Dans le cas de lymphangite, on constatera l'absence de forte élévation thermique, l'évolution plus stationnaire de la lésion locale, la répétition incessante durant la persistance de la plaie originelle. Nous avons observé un érysipèle donnant au pourtour d'un ulcère variqueux, à ses débuts, l'aspect d'une lymphangite accompagnée d'un grand nombre d'éléments de purpura variqueux.

À défaut de la lymphangite, une plaie peut s'entourer, à la suite de l'exploration de son trajet fistuleux, de l'ablation d'un séquestre, d'érythèmes faisant penser à une dermite streptococcique.

Le diagnostic avec la dacryocystite supurée, affection

assez fréquente chez le vieillard, peut être à faire, non seulement au début de la dermite, mais aussi lorsqu'au cours de l'érysipèle la dacryocystite s'est produite. Les poussées inflammatoires au niveau du sac lacrymal ressemblent alors beaucoup, nous avons pu l'observer, à des récides de dermite streptococcique.

On hésitera fréquemment, à la suite d'un érysipèle chez le vieillard, lors de l'apparition d'une rougeur nouvelle avec augmentation de la résistance des téguments : on se demandera s'il s'agit d'une sclérose dermique avec vaso-dilatation légère, consécutives à la dermite, ou s'il s'agit d'un érysipèle redux. Dans le cas d'un simple reliquat, la lésion ne siègera pas aux points d'invasion habituels de la plaque; elle siègera vers le centre de la région antérieurement atteinte; les symptômes d'inspection et de palpation seront atténués; ils indiqueront une évolution encore plus torpide que celle de l'érysipèle sénile; sans signes généraux, ils persisteront définitivement. Enfin, le point atteint ne présentera, et c'est là le principal moyen de diagnostic au début, aucune élévation thermique, ou une élévation thermique presque insensible au doigt explicable par la légère vaso-dilatation cutanée.

Le diagnostic des rechutes, dans l'érysipèle des vieillards, présentera donc des difficultés spéciales. Ce diagnostic est moins facile, à cet âge, que celui de la première atteinte, surtout lorsque ces rechutes présentent l'atténuation habituelle des symptômes. Dans ce dernier cas, on peut arriver à constater des lésions presque insignifiantes.

Rappelons que deux symptômes peuvent être recherchés pour fixer le diagnostic précoce de récive avant l'apparition de la plaque. Ces deux symptômes, nets chez l'adulte et dans les formes séniles proches par l'intensité symptomatique

des formes de l'adulte, sont la polynucléose persistante ou croissante constatée dans le sang, et l'absence de crise urinaire qui doit accompagner la défervescence au cours d'une guérison de dermite streptococcique. La polynucléose persistant dans le sang, telle que l'ont décrite Chantemesse et Rey, à la période où elle devrait être en pleine diminution, est la marque directe de la permanence de l'infection.

PRONOSTIC

L'érysipèle est réputé très grave aux âges extrêmes de la vie. Decorse, d'après l'examen de 3 072 observations d'érysipèle avec 5,37 % de décès, conclut que, chez les vieillards, les gens affaiblis ou débilités, le pronostic de l'érysipèle est presque toujours fatal.

Roger (*Maladies infectieuses*) fixe à 20 % la mortalité de la dermite streptococcique chez le vieillard.

Lucien et Parisot plus récemment donnent le chiffre de 18 % des décès survenus sur 50 cas entre 60 et 80 ans; le pourcentage des décès, selon eux, étant d'autre part de 4,7 % de 0 à 20 ans; de 7,2 % de 20 à 40 ans, et de 6 % de 40 à 60 ans.

Notre statistique personnelle de cas survenus entre 60 et 87 ans, donne un pourcentage moins élevé de mortalité; nous ne faisons pourtant pas rentrer dans notre statistique les cas de récédive à la première attaque survenus dans le même service. Nous n'avons eu qu'un décès sur 30 cas, soit 3,33 %, chiffre inférieur à celui de la mortalité dans la jeunesse et l'âge adulte.

Nous n'attribuons pas à l'érysipèle un décès survenu 17 jours après la chute de la température chez un hospitalisé récent pour déficit intellectuel et signes graves de néphrite et atteint de cachexie prononcée.

Même lorsque l'involution sénile est très avancée, la guérison peut être observée; on en a rapporté chez des sujets de 90 ans; parmi nos observations, certaines concernent

des sujets de 74, 75 et 87 ans. Même si l'on accorde, avec les auteurs classiques, que l'âge est un facteur de gravité, on reconnaîtra, avec d'autres auteurs, que c'est un facteur bien secondaire. Il nous semble même permis de nier cette action aggravante de l'âge. Nous pensons que le pronostic de l'érysipèle des vieillards a été jugé plus grave qu'il n'est à la suite des descriptions anciennes et en raison de la non-observation de beaucoup de malades à cas légers, qui n'ont pas été soignés dans les hôpitaux.

L'étude des symptômes qui nous a montré la presque impossibilité d'une belle symptomatologie d'érysipèle chez le vieillard, confirme cette absence de gravité de la maladie chez lui. L'érysipèle chez le vieillard ne trouve pas un terrain favorable à sa virulence. Ces formes atténuées de Juhel-Rénoy et Bolognesi, si fréquentes chez le vieillard, ne comportent guère, de quelque sujet qu'il s'agisse, de pronostic inquiétant.

Lorsque la mort se produit dans la dermite streptococcique des sujets âgés, l'examen du sang pourrait permettre de préciser le pronostic défavorable par la constatation du streptocoque; sa présence dans le sang des érysipélateux, d'après Achalme, serait toujours la preuve de la haute gravité de l'affection. Mais cette constatation n'implique pas nécessairement le pronostic fatal, ainsi qu'on l'avait assuré.

Les vieillards présentent souvent des tares viscérales multiples. Pour le diabétique, le cardiaque, le rénal, l'hépatique, l'érysipèle est « une façon de mourir » (Widal). Il est admis généralement que, pour un vieillard porteur d'une de ces tares organiques ou diathésiques, le pronostic sera encore plus sombre que pour les cas visés dans cette citation. Cette opinion s'accorde bien avec l'idée de la gravité particulière de l'érysipèle sénile, admise elle aussi par

la plupart des auteurs, avant même qu'ait été mise en lumière l'importance de l'état antérieur des viscères.

Quels sont les organes les plus importants pour le pronostic? Pour Juhel-Rénoy et Bolognesi l'état du rein est le grand facteur du pronostic et même de la symptomatologie dans l'érysipèle. Nous avons déjà vu, en ce qui concerne la symptomatologie, que, chez plusieurs de nos malades, on avait vu coïncider, en dépit de l'opinion de ces auteurs, une néphrite chronique et un érysipèle atténué.

Pour Roger, les lésions du foie ont une importance prédominante pour le pronostic.

Enfin, l'état d'un troisième organe, le cœur, aurait une importance toute particulière. Le pronostic, chez le cardiaque, est presque toujours fatal, selon certains auteurs, et, chez le vieillard, Lucien et Parisot affirment le pronostic sombre, même avec une affection cardiaque latente parfaitement compensée, et un érysipèle d'un caractère de bénignité absolue.

Nous avons cherché, chez nos malades, à préciser cet élément de pronostic qu'est l'état antérieur des organes. Presque tous nos sujets étaient atteints d'artério-sclérose manifeste, certains avec une tension supérieure à 20 au sphygmomanomètre de Potain, et un retentissement intense du deuxième bruit au foyer aortique. Presque tous étaient sujets à des bronchites répétées et prolongées. L'un d'entre eux, atteint de néphrite chronique avec hypertrophie cardiaque (tabétique à la période paralytique, de plus) a fourni notre cas mortel. Mais bien d'autres lésions viscérales chez nos autres malades n'ont pas eu d'influence fâcheuse.

Sur nos 29 malades non décédés, 7 étaient atteints de

lésions rénales et 3, parmi ces 7 derniers, présentaient, en outre, de légères lésions hépatiques (Observ. VIII-XII et XV).

Nous avons aussi constaté, chez nos érysipélateux, un cas de légère lésion mitrale, deux cas de myocardite chronique, deux cas d'insuffisance aortique, ces deux derniers chez des rénaux. Nous mentionnerons aussi que quatre malades étaient atteints de signes d'altérations organiques cérébrales, sans paralysie.

En ce qui concerne les guérisons de nos malades rénaux et hépatiques, nous ne voulons pas affirmer que cette issue soit en contradiction complète avec les indications des auteurs. Nos cas sont, en effet, assez peu nombreux, de plus, nous ne pouvons avoir la certitude que ces auteurs eussent reconnu, dans nos rénaux et nos hépatiques, le type des organopathiques qu'ils voulaient désigner. Nous n'avons, en effet, observé que des symptômes rénaux et hépatiques modérés, tels qu'en offre la séméiologie habituelle de la pathologie sénile.

Nous croyons cependant que les formules pessimistes des auteurs classiques concernant les lésions viscérales antérieures chez l'érysipélateux sont exagérées et susceptibles d'égarer assez souvent le pronostic en ce qui concerne l'érysipèle du vieillard.

Enfin, la gravité pronostique des lésions cardiaques antérieures, qu'il s'agisse d'insuffisance valvulaire (mitrale et aortique) ou qu'il s'agisse de troubles de la contraction myocardique, nous paraît douteuse, d'après nos observations. Il est difficile d'admettre, avec Lucien et Parisot, que toute affection cardiaque latente parfaitement compensée, au cours d'un érysipèle bénin, doive faire porter un pronostic sombre chez les vieillards. On sait que le cœur ne montre qu'une

assez faible intolérance lors de ses lésions infectieuses, au cours de la dermite streptococcique. P. Teissier a étudié, récemment, les manifestations fréquemment bénignes de la maladie sur le péricarde et le myocarde.

Le pronostic de la dermite streptococcique chez le vieillard, comme chez l'adulte, est assombri par une phtisie avancée, une intoxication alcoolique, saturnine ou morphinique, ainsi que par l'association de l'érysipèle à une fièvre typhoïde ou à une autre maladie infectieuse.

Nous rappellerons que la question du pronostic des maladies préexistantes auxquelles se surajoute l'infection érysipélateuse, a été l'objet de nombreuses discussions. L'érysipèle salutaire aurait été constaté dans de nombreuses affections (E. Boix, *Traité Bouchard et Brissaud*).

Au point de vue des affections locales, la dermite streptococcique surajoutée à un ulcère variqueux aurait un résultat favorable. Roger aurait vu, sur 7 cas, une amélioration et 6 guérisons. Nous avons vu, dans un cas, un érysipèle se développer sur une ulcération variqueuse qui parut être assez défavorablement influencée (Observ. VII).

Au point de vue du pronostic des affections générales antérieures, Roger est d'avis que les lésions du cœur, du rein et du foie, les plus fréquentes chez les sujets âgés, ne sont pas aggravées par l'infection érysipélateuse surajoutée. La tuberculose pulmonaire, qui revêt d'ordinaire une forme torpide chez le vieillard, ne saurait bénéficier d'une atteinte d'érysipèle. On a affirmé que l'infection tuberculeuse ainsi que les infections grippales et la rougeole s'atténuaient après une telle atteinte, mais on a vu souvent la tuberculose pulmonaire adopter, à cette occasion, une évolution toute nouvelle et fatale.

Le pronostic général de l'érysipèle sénile doit être considéré comme favorable; il n'est pas nettement assombri par des troubles rénaux ou myocardiques modérés, par des éSIONS valvulaires ou hépatiques compensées.

TRAITEMENT

Le traitement d'un cas d'érysipèle doit commencer par l'isolement du sujet atteint. Cet isolement sera nécessaire surtout si le sujet porte une plaie même, en apparence, indépendante de la maladie, ou si ses voisins de salle sont porteurs de plaies apparentes quelconques. On évitera peut-être ainsi la contagion directe, non démontrée possible, il est vrai, pour l'érysipèle non suppuré et on évitera aussi, dans la mesure du possible, la création d'une zone de contagion telle qu'il nous a été loisible d'en observer une, pendant le recueil de nos observations.

On distingue deux cas dans le traitement de la dermite streptococcique. Ou bien elle paraît bénigne, survenant chez un sujet résistant, et le traitement le plus habituellement adopté est purement local et symptomatique, dans les cas où il faut diminuer la douleur, la fièvre, la constipation; — ou bien l'érysipèle est d'allure sérieuse, sans cause appréciable ou par suite d'un terrain de faible résistance, et un traitement général antiseptique et reconstituant devra être fait.

Dans tous les cas observés par nous, indistinctement, pourvu que le malade soit consentant et que la température ait dépassé 38°, nous avons appliqué, outre un traitement local habituel par les pansements humides, le même traitement général. Ce traitement, l'injection intra-veineuse d'électrargol, a paru, dans les cas bénins et dans les cas sérieux, favoriser la guérison.

La dose employée d'emblée a été de dix centimètres cubes; nous avons répété, dans les cas où la défervescence ne se produisait pas à sa suite et en nous réglant sur la courbe thermique, cette injection journalière de dix ou même quinze centimètres cubes, parfois plusieurs jours de suite. Nous nous sommes donc toujours tenu loin des fortes doses, les résultats obtenus nous paraissant suffisants avec ces doses qui, pour des vieillards, sont les doses moyennes. Nous n'avons eu aucun accident par l'emploi de l'électrargol.

Les phénomènes généraux que les expérimentateurs ont observés après l'injection de solutions colloïdales métalliques portent principalement sur la thermogénèse, l'hématopoïèse et le taux des échanges azotés. Nous avons pu suivre l'action de l'électrargol à la fois sur la température et sur la formule sanguine.

En ce qui concerne la température qui doit habituellement donner l'indication de l'injection et doit être le vrai juge de son action thérapeutique, nous avons constaté que des températures élevées ou modérées étaient tantôt non modifiées (4 cas), tantôt abaissées (20 cas) par l'injection intraveineuse.

Cet abaissement ou cette indifférence de la température peuvent être précédés, comme chez deux de nos malades non améliorés et comme chez quatre des malades améliorés, d'une augmentation passagère de la fièvre, le jour même de l'injection. Même dans le cas le moins favorable, c'est-à-dire si la courbe thermique n'est pas abaissée et si une réaction thermique se produit, en outre, le jour de l'injection, nous n'avons pas vu de cas où l'injection intra-veineuse paraisse avoir, au total, une influence défavorable sur la courbe.

Examinons d'abord les cas où le traitement n'agit pas. Chez les malades des observations I et V, l'injection intraveineuse paraît n'avoir eu aucune influence sur la courbe

thermique. Chez ceux des observations IX et XVIII, on n'observa pas d'influence nettement favorable ni défavorable, mais il y eut réaction fébrile après l'injection : dans le premier cas, une légère surélévation thermique suivit chacune des deux injections. Dans le second cas, après deux injections d'électrargol suivies chacune d'une absence du *fastigium vespéral* de l'érysipèle, deux nouvelles produisirent, au contraire, une exagération nette du *fastigium vespéral*.

Chez seize malades (Observ. IV-VIII-XII-XIII-XV-XVI-XIX-XXI-XXIII-XXIV-XXV-XXVI-XXVII-XVIII-XXX), la température s'abaisse d'emblée après l'injection d'électrargol, quelquefois complètement dès le premier jour et sans nécessiter de nouvelle injection.

Chez 4 d'entre eux, cet abaissement fut précédé d'une réaction fébrile le jour de l'injection, réaction non inquiétante vu sa brièveté et sa coïncidence avec l'injection (Observ. VI-VII-XIV-XX). L'abaissement thermique suivit immédiatement la réaction (Observ. VII-XIV), ou ne fut l'effet que de nouvelles injections d'électrargol non suivies de réaction (Observ. VI-XX).

Au point de vue des réactions sanguines, leur diminution chez le vieillard et la réaction leucocytaire normale de l'érysipèle ne nous ont pas toujours permis de vérifier, comme nous l'avons pu pour les observations V et XXVII, l'hyperleucocytose avec augmentation du taux des polynucléaires créée par l'électrargol. Le mode d'action de l'argent colloïdal est d'ailleurs connu. La valeur logique de ce mode d'action dans une maladie où l'organisme réagit par une phagocytose locale et une polynucléose sanguine intenses, les essais du traitement que nous avons pratiqués et leur résultat global nous paraissent indiquer l'emploi de l'électrargol dans le traitement de l'érysipèle.

CONCLUSIONS

I. — L'érysipèle des vieillards présente, le plus souvent, une symptomatologie locale et générale très atténuée, une période d'invasion à peine existante ou nulle, des symptômes généraux de courte durée.

II. — Le pronostic de l'érysipèle n'a pas de gravité particulière chez les vieillards ne présentant pas de lésions viscérales antérieures.

III. — L'érysipèle chez les vieillards atteints de troubles rénaux ou myocardiques modérés, de lésions cardiaques valvulaires ou hépatiques compensées, comporte un pronostic favorable, peu sensiblement assombri par cet état antérieur.

IV. L'injection intra-veineuse d'électrargol diminue la durée d'évolution de la maladie.

Vu : Le Président de la thèse,
WIDAL.

Vu : Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHALME. — *Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes et ses complications* (Th. de Paris, 1892).
- ACHALME. — *L'érysipèle* (Bibliothèque Charcot-Debove).
- ANDRIEU (A.). — *Complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1900).
- BEIGBEDER. — *Le délire dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1897-98).
- BENDIX. — *Erysipel des höheren Alters* (Berlin. Klin. Wochenschr., décembre 1898).
- BERNHARDT. — *Erysipel bei dem höheren Alter* (Munch. Med. Wochenschr., 10 août 1897).
- BLAISE (Ch.). — *De la forme hémorragique de l'érysipèle. Contribution à l'étude de l'érysipèle infectieux* (Th. de Paris, 1884-85).
- BOIX (E.). — Article ÉRYSIPELE (Traité de Charcot, Bouchard, Brissaud, t. II).
- BOURGUIGNON (Mme). — *De l'argent colloïdal* (Th. de Paris, 1908).
- BOUSQUET et ROGER (H.). — *Traitement de quelques injections par l'électrargol* (Montpellier médical, 12 avril 1908).
- BOUSQUET et ROGER (H.). — *Étude physico-chimique et biologique des métaux colloïdaux. Contribution à leur étude thérapeutique. Leur action dans les infections généralisées* (Revue de médecine, n. 12, 1908; n. 2, 1909).
- BOY-TESSIER. — *Leçons sur les maladies des vieillards* (Paris, 1895).
- BREUSING. — *Ein Beitrag zur Aetiologie der metastatischen Gelenkentzündungen bei Erysipel* (Th. de Würzburg, 1886).
- BRIDIERS DE VILLEMOR. — *De l'érysipèle dans les maladies du foie* (Th. de Paris, 1894).
- BROUSSE. — *De l'involution sénile* (1886).
- CACHERA. — *De l'érysipèle à répétition* (Th. de Paris, 1891).
- CAMPOS. — *Étude de la marche de la température dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1885-86).
- CARRIEU. — *Érysipèle. Électropalladiol. Guérison. De l'emploi des métaux colloïdaux électriques dans les infections fébriles* (Presse médicale, 21 sept. 1907).

- CATRIN. — *Statistique de l'érysipèle dans l'armée française* (Soc. méd. des hôpitaux, 18 mai 1890).
- CATRIN. — *Courbe thermique dans l'érysipèle* (Soc. méd. des hôpitaux, 1894, p. 295).
- CHANTEMESSE ET SAINTON. — *Érythèmes d'origine érysipélateuse* (Soc. méd. des hôpitaux, 6 mai 1896).
- COLLE. — *Des complications oculaires de l'érysipèle* (Th. de Bordeaux, 1887).
- COLLIN. — *De l'érysipèle curateur et modificateur* (Th. de Paris, 1886-87).
- COUV RAT-DESVERGNES. — *L'électrargol* (Th. de Bordeaux, 1908).
- CRITZMANN. — *Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition* (Archives gén. de médecine, janv. 1892, p. 24).
- CROCHET. — *Accidents nerveux dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1894-95).
- CZYLHARZ. — *Ätiologie des Erysipels* (Berlin. Klin. Wochenschr., 11 sept. 1911).
- DECORSE (G.-J.). — *De la mort dans l'érysipèle* (Th. de Paris, juillet 1898).
- DEMANGE. — *Études cliniques et anatomo-pathologiques sur la vieillesse* (Paris, 1886).
- DENUCÊ. — *Études sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1885).
- DOPTER. — *Maladies infectieuses* (Bibliothèque Gilbert-Fournier, 1911).
- DUPOUY. — *Complications de l'érysipèle* (Th. de Bordeaux, 1902-1903).
- DURAND. — *Contribution à l'étude de l'emploi des métaux colloïdaux électriques, isotoniques, stabilisés, dans le traitement des maladies infectieuses* (Th. de Montpellier, 1908).
- DURAND-FARDEL. — *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards* (2^e édition, 1873).
- ESCHALIER. — *De l'incubation de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1889-90).
- ENRIQUEZ. — Article ÉRYSIPÈLE (Traité Enriquez, Lamy, Laffitte, Bergé, 1909).
- ÉTIENNE (G.). — *Note sur l'action de l'électrargol sur l'infection streptococcique expérimentale* (C. R. de la Société de biologie, nov. 1907, p. 527).
- GALLIARD. — *L'érysipèle de la face et le cœur* (Méd. moderne, 1894, p. 174).
- GARS (A.). — *Identité de l'érysipèle avec la lymphangite au point de vue bactériologique* (Th. de Paris, 1888-89).
- GOSSELIN. — Article ÉRYSIPÈLE CHIRURGICAL (Dictionnaire Jaccoud).
- GROSS. — Article ÉRYSIPÈLE (Dictionnaire Dechambre).
- HIRTZ et WIDAL. — *Sur un cas grave d'érysipèle à répétition* (Soc. méd. des hôp., 1891).

- HORAY. — *Érysipèle atténué primitif* (Th. de Paris, 1893-94).
- ISCOVESCO. — *Propriétés thérapeutiques des métaux colloïdaux à petits grains* (*Presse médicale*, 8 mai, 1907).
- JACCOUD. — *Quelques considérations sur l'érysipèle* (*Sem. méd.*, 7 mars 1888).
- JORROT (R.). — *De l'arthrite érysipélateuse* (Th. de Lyon, 1899-1900).
- JUHEL-RÉNOY. — *L'érysipèle à récurrences multiples et sa prétendue atténuation* (*Arch. gén. de médecine*, mars 1894).
- JUHEL-RÉNOY et BOLOGNESI. — *Érysipèle atténué primitif* (*Arch. génér. de médecine*, juillet 1893).
- JUHEL-RÉNOY et BOLOGNESI. — *Érysipèle à type pétéchial-couperosique* (*Arch. génér. de médecine*, janv. 1894).
- LEGENDRE et BOUSSENAT. — *Tuberculose et érysipèle* (*Soc. méd. des hôp.*, 1893).
- LEROY. — *Études biologiques sur le microbe de l'érysipèle. Érysipèle à répétition* (*C. R. de la Société de biologie*, 1890, p. 104).
- LUCIEN et PARISOT. — *De l'érysipèle des vieillards* (*Revue médicale de l'Est*, juillet 1907).
- MALAQUIN. — *Des métaux colloïdaux* (Th. de Paris, 1908).
- MARAIS. — *De l'arthrite érysipélateuse* (Th. de Paris, 1907-08).
- MARSAT. — *Urologie clinique dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1893-94).
- MOULIN. — *Histoire thérapeutique de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1897-98).
- NETTER. — *Les porteurs de pneumocoque au déclin de l'érysipèle* (*Soc. médicale des hôp.*, 20 juillet 1894).
- PARVU (E.). — *Des manifestations articulaires au cours de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1897).
- PESCI. — *Contributo allo studio terapeutico dei metalli colloïdali* (Communicat. à l'Académie royale de médecine de Turin, 12 juillet 1907).
- PETIT (L.-H.). — *Pronostic de l'érysipèle d'après les statistiques hospitalières et urbaines* (*Union médicale*, 19 sept. 1883).
- PETITJEAN. — *Contribution à l'étude de l'érysipèle* (Th. de Paris, 1885-86).
- PITOUY. — *Essai sur l'érysipèle* (Th. de Nancy, 1873).
- PRINCE. — *Contribution à l'étude de l'érysipèle gangréneux* (Th. de Paris, 1906-07).
- PRIVAT (E.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'érysipèle par l'antipyrine* (Th. de Lyon, 1901).
- RAUZIER. — *Traité des maladies des vieillards* (1909).
- ROGER (G.-H.). — *Des infections pneumococciques dans l'érysipèle* (*Rev. de méd.*, avril 1895).
- ROGER (G.-H.). — *Influence des troubles vaso-moteurs sur l'évolution*

- de l'inflammation produite par le streptocoque de l'érysipèle* (C. R. de la Société de biologie, 1890, p. 222).
- ROGER (G.-H.). — *Contribution à l'étude clinique de l'érysipèle*, d'après 597 observations personnelles (*Revue de méd.*, 1895, p. 900, et 1896, p. 192).
- ROGER (G.-H.). — *Les maladies infectieuses* (Paris, 1902).
- ROULET. — *Érysipèle dans les maladies du foie* (Th. de Paris, 1889-90).
- ROY. — *Urobilinurie et glycosurie dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1893-94).
- SOREL. — *Érysipèle abortif. Courbe thermique dans l'érysipèle* (*Gaz. hebdomadaire*, avril 1885).
- STACKLER. — *Broncho-Pneumonie érysipélateuse* (Th. de Paris, 1881).
- VALLETEAU DE MOULLIAC. — *Contribution à l'étude de la mort dans l'érysipèle* (Th. de Paris, 1881).
- WIDAL. — *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle* (Th. de Paris, 1889).
- WIDAL. — Article ÉRYSIPELE (*Traité Brouardel-Gilbert*, t. X, 1906).
- WIDAL et BEZANÇON. — *Recherches expérimentales sur le streptocoque* (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 18 mai, 1^{er} juin, 27 juillet 1894).
-